

Sarah Anna Rodríguez Abello

Die Betreuung von Frühgeborenen auf der
neonatologischen Intensivstation
- Akteure und deren Beziehungen
zueinander-

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Stephan Beetz

Zweitprüferin: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Bibliographische Beschreibung:

Rodriguez Abello, Sarah Anna:

Die Betreuung von Frühgeborenen auf der neonatologischen Intensivstation – Akteure und deren Beziehungen zueinander. 45 Seiten

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2011

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Betreuung von Frühgeborenen auf der neonatologischen Intensivstation. Insbesondere wird dabei auf die Akteure und deren Beziehungen im System zueinander eingegangen.

Hierbei steht im Vordergrund, die Erfassung der Situation der Eltern innerhalb des Betreuungsprozesses, sowie die Rolle des Sozialarbeiters im System.

Die Arbeit basiert auf Arbeitserfahrungen, die von der Autorin im Rahmen eines 20-wöchigen Studienpraktikums auf der neonatologischen Intensivstation des Krankenhauses X gesammelt wurden. Auf eine Bewertung der medizinischen Prozeduren wird in dieser Arbeit verzichtet, da der Fokus auf die Akteure, die im Umfeld des Kindes agieren, und deren Beziehungen zueinander, gelegt werden soll.

Zur Erarbeitung des Themas wurde der systemische Ansatz gewählt. Diese ganzheitliche Betrachtungsweise erlaubt es, zum Einen, die Komplexität eines solchen Systems zu erfassen und zu analysieren. Zum Anderen bietet dieser Ansatz die Möglichkeit einen überwiegend ressourcenorientierten Blickwinkel einzunehmen, um Anreize zur Weiterentwicklung des Betreuungsprozesses von Frühgeborenen zu schaffen.

Danksagung

Ich danke

dem Personal der neonatologischen Intensivstation des Krankenhauses X und den Familien, die ich dort kennen lernen durfte, für die zahlreichen Erfahrungen ohne die diese Arbeit nicht entstanden wäre,

sowie

Frau Günster für die inspirierenden Anregungen beim Verfassen der Arbeit.



0-1 Frühgeborenes auf neonat. ITS, Quelle: Uniklinik Jena, http://www.kinderklinik-jena.de/Neo_II__ITS_.html

Gewidmet einem kleinen Mädchen,
dass viel zu früh auf die Welt kam
und durch die Überforderung seiner Eltern
mit der Situation Frühgeburt,
fast zur Adoption freigegeben wurde.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Einleitung	6
1 Situation Frühgeburt und Verlauf des Klinikaufenthaltes	7
1.1 Frühgeborene	8
1.2 Neonatologische Intensivstation	11
1.3 Die Situation der Eltern bei Frühgeburt	14
2 Die neonatologische Intensivstation aus systemischer Sicht	17
2.1 Strukturen innerhalb der neonatologischen ITS	19
2.1.1 Hierarchie des Systems	20
2.1.2 Zeitliche Rangfolge	24
2.2 Akteure und deren Beziehungen zueinander	26
2.2.1 Krankenkassen	33
2.2.2 Klinikleitung	34
2.2.3 Medizinisches Personal	36
2.2.4 Eltern	39
2.2.5 Sozialarbeiter	42
3 Bedarf der Eltern von Frühgeborenen und Handlungs- perspektiven	43
4 Abschließende Bewertung des Betreuungsprozesses	47
Literaturverzeichnis	51
Selbstständigkeitserklärung	52

Abbildungsverzeichnis

0-1 Frühgeborenes auf neonat. ITS,	Quelle: Uniklinik Jena, http://www.kinderklinik-jena.de/Neo_II__ITS_.html	3
0- 1 unreifes Frühgeborenes,		9
0-2 Neonatologische Intensivstation,	Quelle: Stefan Hippel, http://www.nordbayern.de/nuernberger-nachrichten/nuernberg/zu-fruh-ins-leben-gestartet-1.318372	13
Abbildung 1: Hierarchie des System; Quelle: eigene Darstellung		21
Abbildung 2: zeitliche Rangfolge, Quelle: eigene Darstellung		25
Abbildung 3: Nähe und Distanz zum Kind, Quelle: eigene Darstellung		27
Abbildung 4: Beziehungen zwischen den Akteuren, Quelle: eigene Darstellung		32
Abbildung 5: Das magische Dreieck des Krankenhausmanagements; Quelle: Pfaff (1997), S.324, Abb.1		35

Einleitung

Eine Frühgeburt geschieht meist unerwartet und verlangt den betroffenen Familien, insbesondere den Eltern viel ab.

Während meines Praktikums im Krankenhaus X¹ bot sich mir die Möglichkeit ein Beratungssystem für Eltern auf der neonatologischen Intensivstation, im Folgenden abgekürzt als neonat. ITS bezeichnet, aufzubauen.

Diese Begleitung der Eltern, die durch eine Anregung des Chefarztes der Frühgeborenenintensivstation ins Leben gerufen wurde, wurde später auf Wunsch der Eltern bis zur Entlassung weitergeführt.

Ich konnte sehr viele Eindrücke und Erfahrungen im Umgang mit den Eltern, aber auch mit dem medizinischen Fachpersonal erwerben. Beide Parteien ließen mich an ihrem Erleben teilhaben.

Eine der wichtigsten Erkenntnisse, die ich gewinnen konnte war: Keine gut funktionierende Betreuung von Frühgeborenen kommt ohne die Eltern des Kindes aus. Sie sind ein wichtiger Bestandteil des Betreuungssystems und finden sich dennoch oft in einer ambivalenten Rolle wieder, die es ihnen meist noch lange Zeit nach der Entlassung schwer macht, das Geschehene zu verarbeiten.

So wurde für mich offensichtlich, dass sich eine Vielzahl von zirkulären Prozessen während der Betreuung von Frühgeborenen abspielt. Diese können auf die jeweiligen Beteiligten, die Akteure des Systems, unterschiedliche Wirkungen haben und die Beziehungen der Akteure untereinander stark beeinflussen.

In der hier vorliegenden Bachelorarbeit soll erörtert werden, wie das System der neonat. ITS im Innersten aufgebaut ist, in welche Beziehungen die Akteure im System eingebunden sind und wie diese im Sinne einer klientenorientierten Sozialarbeit zugunsten der Eltern und des Kindes verändert bzw. umgestaltet werden können. Dabei

¹ Name des Krankenhauses anonymisiert

soll stets der ganzheitliche Blick bewahrt und die Rolle des Sozialarbeiters innerhalb des Betreuungsprozesses herausgearbeitet werden.

Aus diesem Grund erhebt diese Arbeit keinen Anspruch darauf medizinische Prozesse zu analysieren oder zu beurteilen. Im Vordergrund sollen psychosoziale Aspekte der Betreuung und deren Wirkung auf die jeweiligen Beteiligten stehen.

So möchte ich im ersten Teil der Arbeit zunächst die Thematik Frühgeburt erläutern. Hierzu ist es wichtig zu klären, was man unter Frühgeburt versteht und welche Konsequenzen eine zu frühe Geburt haben kann.

Im zweiten Teil möchte ich die neonat. ITS aus einem systemischen Blickwinkel betrachten und die Rollen der Beteiligten und deren Beziehungen zueinander analysieren. Aus dieser Analyse soll abgeleitet werden, was genau der Bedarf der Eltern von Frühgeborenen während der Betreuung ihrer Kinder im Krankenhaus ist und welche Handlungsperspektiven es ermöglichen diesem entgegenzukommen. Abschließend wird eine Wertung des Betreuungsprozesses von Frühgeborenen aus sozialpädagogischer Sicht erfolgen, die Anreize für den zukünftigen Umgang mit Angehörigen liefern soll.

Die in der Arbeit verwendeten Berufs- und Personenbezeichnungen beziehen sich, sofern nicht anders vermerkt, jeweils auf beide Geschlechter. Zur Vereinfachung wurde jedoch meist nur eine Bezeichnung verwendet.

1 Situation Frühgeburt und Verlauf des Klinikaufenthaltes

Um im Verlauf der Arbeit das System und dessen Prozesse besser darstellen zu können, möchte ich zu Beginn einen Exkurs in die Thematik Frühgeburt machen und dabei besonders auf Frühgeborene, die neonat. ITS und die Situation der Eltern näher eingehen und diese detailliert beschreiben.

Grundlegend gibt es zwei Varianten, wie Eltern in die Situation der Frühgeburt geraten. Zum einen war die Frühgeburt bereits im Vorfeld von den Ärzten abzusehen. Meist ist dies bei Mehrlingsgeburten der Fall, aber auch bei einigen Risikoschwangerschaften. Die Mütter werden dann bereits einige Wochen vor der Geburt auf die Geburtenstation eingeliefert und halten dort strenge Bettruhe. Sie haben auf der Geburtenstation bereits Zeit sich mit der kommenden Situation auseinanderzusetzen. Diese Eltern haben die

Möglichkeit sich die neonat. ITS bereits vor der Geburt anzuschauen und sich mit den Regelungen dort vertraut zu machen. Des Weiteren haben diese Eltern oft schon vor der Geburt Kontakt zum Kliniksozialdienst und im Optimalfall konnte dieser vorbereitende Gespräche mit den Eltern führen. Die Mütter und Väter sind informiert über das, was sie erwartet. Jedoch schmälert diese Vorbereitung in vielen Fällen nicht die negativen Gefühle, die nach der Geburt aufkommen können.

Die zweite Variante ist die spontane Frühgeburt. Diese ist für die Eltern unvorhersehbar und trifft sie zumeist wie ein Schlag. Die Eltern haben keine Möglichkeit sich vorzubereiten und geraten in eine unüberschaubare Krisensituation.

In beiden Fällen tritt für die Familie eine Ausnahmesituation ein, die mit erheblichen Anforderungen an die Eltern verbunden ist. Oft ist es jedoch so, dass die vorbereiteten Eltern, diese Situation leichter annehmen können.

Die Frühgeborenen werden nach der Entbindung direkt auf die neonat. ITS verlegt. Dort verweilen sie oft mehrere Wochen bis ihre Genesung so weit vorangeschritten ist, dass sie eigenständig atmen und trinken können, ein gewisses Gewicht haben und ihre Körpertemperatur zu halten vermögen. Sind sie stabil, werden sie auf die Säuglingsstation verlegt und dann nach einigen weiteren Wochen entlassen.

1.1 Frühgeborene

Als Frühgeborene werden Säuglinge bezeichnet, die bereits vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) lebend zur Welt kommen und/oder ein Gastrationsgewicht/Geburtsgewicht unter 2500 g haben.

„Dies traf im Jahre 2001 in Deutschland auf 7,1 %, im Jahre 2008 auf 9,0% aller Lebendgeburten zu (BQS, 2008).“ (Gebker, 2010, S. 3). Dieser Anstieg der Frühgeburtenrate ist ein Phänomen, das in den USA bereits zur Normalität geworden ist. „Im Jahr 2002 wurden dort eine halbe Million Kinder zu früh geboren und damit 27 Prozent mehr als noch vor 20 Jahren.“ (Vom Lehn, 18.05.2005,S.1). Grund für diesen Anstieg ist in erster Linie der Trend, dass Frauen sich heutzutage später für ein Kind entscheiden, als noch vor einigen Jahrzehnten. Dies hat zur Folge, dass mit dem höheren Lebensalter der Mutter auch die Risiken für eine Frühgeburt steigen. Zudem werden viele dieser Frauen hormonell behandelt, da die Fruchtbarkeit mit zunehmendem Alter sinkt. Diese Behandlung hat zur Folge, dass häufiger

Mehrlingsschwangerschaften auftreten, die meist als Frühgeburt zur Welt kommen. Weitere Ursachen für Frühgeburt können starker Tabak- und Alkoholkonsum sowie der Missbrauch von Drogen sein. Meist hat eine Frühgeburt jedoch ein komplexes Geflecht von Ursachen, welches selbst für die Mediziner nicht immer vollständig nachvollziehbar ist. Im Einzelfall ist es also schwierig die Gründe für die Frühgeburt zu bestimmen.



Bereits mit vollendeter 24.

SSW hat ein Baby reelle Überlebenschancen, „wobei die Überlebensrate zwischen der 23. Und 27. SSW mit ca.

0-1: unreifes Frühgeborenes,

Quelle:

www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=61445

3%/ Monat [Anm. S.A.R.A.: Fehler des Autors; gemeint ist hier SSW nicht Monat] deutlich ansteigt.“ (Gebker, 2010, S.5) Dabei gilt jedoch je länger das Kind im Mutterleib Gelegenheit hatte zu reifen, desto besser werden seine Chancen als Frühgeborenes zu überleben. Man kategorisiert die frühgeborenen Säuglinge in drei verschiedene Gruppen abhängig von Gastrationsalter² und Gastrationsgewicht³. Die erste Gruppe bilden die Frühgeborenen mit einem Gastrationsgewicht von 1500 -2500g. Sie werden mit unreif/ low-birth-weight bezeichnet. Die zweite Gruppe mit einem Gastrationsgewicht unter 1500g benennt man mit sehr unreif/ very low-birth-weight. Und schließlich folgen die Kleinsten unter ihnen, mit einem Geburtsgewicht von unter 1000g, extrem unreife/ extremly low-birth-weight Frühchen. Die Gruppe, der extrem unreifen Frühgeborenen, macht unter allen Frühgeborenen einen Anteil von 10% aus (Vgl. ebd., S.5).

Nach ähnlichem Prinzip können Frühgeborene auch nach dem Gastrationsalter unterteilt werden. „ Frühgeborene sind demnach Kinder, die vor der vollendeten 37. SSW aber nach der 32. SSW entbunden werden. Sehr Frühgeborene werden zwischen der 28. Und

² Gastrationsalter bedeutet so viel wie Schwangerschaftsalter, das heißt das Alter der Schwangerschaft zum Zeitpunkt der Geburt. Es wird meist in SSW angegeben.

³ Gastrationsgewicht meint das Gewicht des Frühgeborenen zur Geburt.

31. SSW geboren und die extrem Frühgeborenen sind die Kinder, die bereits vor der 28. SSW zur Welt kommen.“ (Gawehn, 2009, S. 29). Im Folgenden wird die Bezeichnung Frühgeborenes jedoch für alle Frühgeborenen verwandt, wobei nicht außer Acht gelassen werden soll, dass die extrem Frühgeborenen oft die längsten und aufreibendsten Betreuungsprozesse haben, da sie auf Grund ihrer frühen Geburt die höchste Wahrscheinlichkeit für Komplikationen und Risikolagen aufweisen.

Zwischen 22. und 24. SSW ist es die Ermessensentscheidung der Ärzte, ob ein Frühgeborenes lediglich palliativ- medizinisch betreut wird oder vollständig- medizinisch, wenn eine Chance besteht es zu stabilisieren, sodass es im besten Fall eines Tages unversehrt mit seinen Eltern nach Hause entlassen werden kann.

Ab der 24. SSW ist das Baby zu 63 % überlebensfähig. Eine Faustregel in der Praxis besagt jedoch, dass nur ein Drittel dieser extrem frühgeborenen Kinder das Krankenhaus ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen verlässt. Ein zweites Drittel wird in der Zukunft geringe Beeinträchtigungen haben, die sich optimaler Weise bis zum sechsten Lebensjahr von selbst regulieren. Dies ist jedoch nicht immer der Fall. Das letzte Drittel wird mit starken Behinderungen leben müssen und nicht wenige dieser Kinder sind sozusagen von Geburt an ein Pflegefall.

Das größte Problem sehr unreifer und extrem unreifer Frühgeborener, um deren Betreuungsprozess es hauptsächlich in dieser Arbeit gehen soll, besteht in ihrer ,wie die Titulierung bereits vermuten lässt, unausgewogenen / nicht abgeschlossenen Entwicklung von Organsystemen. Die Lungen sind meist noch nicht in der Lage ihre Arbeit selbstständig aufzunehmen. Der Saugreflex der Kinder ist noch zu schwach um gestillt zu werden zu können. Außerdem kommt es oft zu Hirnblutungen, deren Ursachen nicht immer diagnostiziert werden können und anderen Komplikationen, wie Krampfanfällen, Apnoen⁴ und Wachstumsstörungen im Laufe des Aufenthaltes auf der neonat. ITS (Vgl.ebd, S. 35, Abb.2)

Die Säuglinge befinden sich in einer enormen Stresssituation. Sie werden mit ihrer Geburt von der einzigen ihnen vertrauten Person getrennt- der Mutter. Die gesamte Umgebung verändert sich. Es herrschen kältere Temperaturen und grelles Licht schädigt die empfindlichen unreifen Augen. Überall ertönen ungewohnte, laute,

⁴ Apnoe ist der medizinische Ausdruck für Atemstillstand.

schrille, elektronische Töne der Überwachungsgeräte. Dieser Stress wirkt sich meist sehr negativ auf den Zustand der Frühgeborenen aus. In der Folge kommt es oft zu einer medikamentösen Behandlung, die wiederum starke Nebenwirkungen hervorrufen kann. Der gesamte Betreuungsprozess auf der neonat. ITS ist unvorhersehbar und langwierig. Die Genesung der Frühchen geht oft einher mit einem täglichen gesundheitlichen Auf und Ab. So dauert es oft Monate bis ein Frühgeborenes soweit stabilisiert ist, dass es auf die Säuglingsstation verlegt werden kann.

1.2 Neonatologische Intensivstation

Um das Umfeld des Betreuungsprozesses von Frühgeborenen kennen zu lernen ist es hilfreich zunächst einen Überblick über die neonat. ITS zu bekommen. Im Folgenden werde ich darauf eingehen, was Neonatologie bedeutet und beinhaltet. Des Weiteren gebe ich einen kurzen Überblick, wie eine solche Intensivstation aufgebaut ist und welche Funktionalität damit erfüllt werden soll.

Neonatologie bedeutet Neugeborenenmedizin und umfasst die Behandlung aller Krankheitsbilder, die bei Neugeborenen auftreten können. Der größte Teil der zu behandelnden Patienten sind die Frühgeborenen, aber auch Krankheiten wie eine, während der Schwangerschaft von der Mutter auf das Kind, übertragende Diabetes können zu einem Aufenthalt auf der neonat. ITS führen.

Die Neugeborenen werden in Inkubatoren⁵ gepflegt, da sie in der Regel Probleme haben ihre eigene Körpertemperatur aufrecht zu erhalten. Zahlreiche Schläuche, Sonden und Kabel führen vom Baby zu einer Vielzahl verschiedener Monitore und Geräte die in unterschiedlichen Frequenzen Alarm schlagen und für Nichtmediziner merkwürdige Linien aufzeichnen. Die neonat. ITS des Krankenhauses X verfügt über drei durch Glaswände voneinander getrennte Raumabteile mit 2x4 Inkubatoren in den ersten beiden Bereichen und 1x2 Inkubatoren im Dritten.

⁵ Ein Inkubator, auch als Brutkasten bezeichnet, ist eine Einrichtung zur medizinischen Versorgung von Frühgeburten, die aus einem durchsichtigen, geschlossenen Kasten besteht, in dem Temperatur, Feuchtigkeits- und Sauerstoffgehalt der Luft in der für das Frühgeborene günstigsten Art eingestellt und gleichmäßig gehalten werden. Die Versorgung des Kindes erfolgt durch abdichtende Öffnungen.

(Quelle:

<http://www.wissen.de/wde/generator/wissen/ressorts/gesundheit/medizin/index.page=1129096.html> ;
verfügbar am 25.01.2010)

Des Weiteren gibt es ein Zimmer in dem noch zwei Neugeborene untergebracht werden können und eines mit einem Bett für sonstige ITS- Fälle , die in der Kinder- und Jugendklinik auftreten können.

Bereits aus der Bestandsaufnahme der Betten und Inkubatoren wird deutlich, dass das Hauptaugenmerk auf die Frühgeborenen und deren Betreuung gerichtet ist. Der neonat. ITS zugehörig sind des Weiteren ein Schwesternzimmer, von dem aus per Computer alle Inkubatoren kontrolliert werden können, sowie ein Ärztezimmer, welches überwiegend dazu dient die Dokumentationsarbeiten am PC zu erledigen. Für das Personal gibt es ein Aufenthaltszimmer, in dem die Mahlzeiten eingenommen werden, sowie die Milchküche, in der die Mahlzeiten der Patienten vorbereitet und die Fläschchen hygienisch gespült werden. Eine Besonderheit bildet die stationsinterne Medikamentenküche, in der die Schwestern die verschiedenen Medikamentenmischungen für ihre Patienten täglich neu bemessen und frisch herstellen.

Zugänglich ist die neonat. ITS über zwei Eingänge. Auf der einen Seite ein großer Glaseingang für Lieferungen und Neuzugänge, der gelegentlich auch von stationsfremden Personal als Durchgang genutzt wird. Und auf der anderen Seite, der Eingang, der als Schleuse bezeichnet und von Angehörigen und Personal genutzt wird. Zu dieser Schleuse gehört ein Umkleideraum für das Personal und Schließfächer für Besucher. Jede Person hat sich vor dem Betreten der neonat. ITS gründlich zu reinigen, um die Gefahr von Viren und Bakterien für die Frühgeborenen besonders gering zu halten. Zudem hat jede Person, die die ITS betritt einen Schutzkittel bzw. Personalkleidung zu tragen. Kritisch ist dabei zu betrachten, dass gerade stationsfremdes Personal zum Teil die Schleuse umgeht, um Zeit zu sparen. Jedoch ist es insbesondere dieses Personal, dass im Laufe eines Arbeitstages im Krankenhaus mit unzähligen Keimen in Berührung kommen kann.

Eine weitere Besonderheit der Station liegt in seiner speziellen feingliedrigen, medizinischen Betreuung der kleinen Patienten. Mit einem Betreuungsschlüssel von 1:2 grenzt sich diese Intensivstation klar von anderen Stationen ab. Zudem sind in der Regel mindestens zwei Ärzte und ein Assistenzarzt auf Station.



0-2 Neonatologische Intensivstation, Quelle: Stefan Hippel, <http://www.nordbayern.de/nuernberger-nachrichten/nuernberg/zu-fruh-ins-leben-gestartet-1.318372>

Aus diesem Grund dient eine neonat. ITS dem gesamten Krankenhaus in der Regel eher als gutes Aushängeschild statt als wirtschaftliche Abteilung. Neonat. IT- Stationen sind auf Grund ihrer hohen Technisierung und Personaldichte sehr kostspielig für eine Klinik.

Jedoch sind sie Teil eines Gesundheitswirtschaftszweiges, der den Krankenhäusern hohe Profite verspricht. Hierbei handelt es sich um die Geburtsmedizin und die damit einhergehenden Geburtenstationen. Die Leistungen, die dort erbracht werden, werden von allen Krankenkassen übernommen und sind gesetzlich, unter anderem im fünften Sozialgesetzbuch fest verankert. werdende Eltern sind zudem meist bereit, für die Gesundheit ihrer Kinder, Zusatzkosten in Kauf zu nehmen. Dieser Umstand, verbunden mit der kurzen Liegedauer nach einer Entbindung, ist für das Krankenhaus eine lukrative Einnahmequelle.

Nicht wenige Frauen entscheiden sich heutzutage bei der Wahl des Geburtsortes dafür, für alle Eventualitäten vorbereitet zu sein. Dazu gehört auch, dass es bei der Geburt zu Komplikationen kommt oder eben ein Kind zu früh geboren wird. So ist eine neonat. ITS trotz ihrer vermeidlichen Unwirtschaftlichkeit doch ein Grund für Frauen sich für das jeweilige Krankenhaus als Geburtsort zu entscheiden und damit eine gute Werbung für die Klinik.

Diese Situation wird noch unterstützt durch die Gesetzesänderung vom 25.06.2010 über die Mindestfallzahl bei der Betreuung von Frühgeborenen in neonatologischen Zentren.

Diese Zahl wurde auf mindestens 30 nachgewiesene Fälle pro Jahr angehoben. Die Gesetzesänderung hat zur Folge, dass kleinere Kliniken dem Konkurrenzdruck durch große Krankenhäuser nicht mehr gewachsen sind. Ursprünglich war diese Änderung zur Verbesserung der Betreuung durch hochwertige medizinische Ausstattung gedacht und sollte auch die Krankenkassen finanziell entlasten, da die Liegedauer der Frühchen in einem hochmodern ausgestatteten Krankenhaus geringer ist und die Betreuung durch die höhere Arbeitserfahrung der Station qualitativ steigt. Dies hat jedoch auch zur Folge, dass es beispielsweise in Sachsen nur noch drei neonatologische Intensivstationen Level 1⁶ gibt und diese sich nur in den Großstädten befinden. Im Umkehrschluss bedeutet das für die Eltern, dass sie, gerade im ländlichen Raum, keine adäquate Betreuung für ihre frühgeborenen Kinder mehr erhalten und teilweise extrem lange Fahrtwege täglich auf sich nehmen müssen um ihre Kinder besuchen zu können.

1.3 Die Situation der Eltern bei Frühgeburt

Bei den Eltern von Frühgeborenen kommt es zu einer Vielzahl unterschiedlicher Belastungsmomente, die in ihrer Gesamtheit ein großes Risiko für die Eltern darstellen in eine existentielle Krisensituation zu geraten.

Die Trennung vom Kind und die Tatsache seine Elternrolle vorerst nicht oder nur sehr begrenzt wahrnehmen zu können setzen den meisten Eltern genauso zu wie der Schock über die zu frühe Geburt.

„Bei einem erheblichen Teil von Eltern und insbesondere Müttern treten infolge der Frühgeburt traumatische Symptome auf. So weisen bei der Klinikentlassung ihres Kindes mehr als die Hälfte der Mütter traumatische Symptome auf [Jotzo, Schmitz 2002, Jotzo 2004, Jotzo, Poets], ein Jahr nach der Geburt 38% und mehr als zwei Jahre nach der Geburt noch 14% [Jotzo, Poets].“ (Jotzo, 2005, S. 59)

Die Eltern sind räumlich von ihrem Kind getrennt. Während die Mutter sich meist auf der Geburtenstation erholen muss, wird das Kind in die neonat. ITS eingeliefert. In nicht wenigen Krankenhäusern befindet sich diese Station in einem anderen Teil des Gebäudes, da sie der Kinder- und Jugendmedizin untergeordnet ist.

Auch die Väter werden nicht sofort zu ihrem Säugling gelassen. Oft vergehen für die Eltern quälende Stunden der Ungewissheit, bevor der Vater zum ersten mal sein Kind

⁶ Höchstes Versorgungslevel

sehen kann. Doch selbst dieser erste Kontakt ist für viele Väter ein Schreck, denn die Frühgeborenen entsprechen in keinsten Weise den Erwartungen an ein termingerechtes Neugeborenes, wie es jedoch in allen Broschüren und Büchern für werdende Eltern zu sehen ist. Zudem ist es auch für die Väter nur schwer aushaltbar in dieser Situation alleine, d.h. ohne Partnerin zu sein. Meist wird ihnen unbewusst die Rolle des Boten zwischen den Stationen auferlegt. Sie pendeln zwischen Mutter und Kind hin und her und berichten den besorgten Müttern, wie es um den Nachwuchs steht. Diese Situation birgt sowohl eine Chance als auch ein Risiko in sich. Zum einen ist es für viele Väter von Frühgeborenen wichtig das Gefühl zu haben etwas tun zu können und für die Familie da zu sein, zum anderen werden die eigenen Gefühle und Bedürfnisse der Väter in dieser Situation stark vernachlässigt. Gefühle der Angst, Unsicherheit und Überforderung sind nicht selten die Folge. Dies kann so weit gehen, dass Väter ihre Kinder nicht mehr auf Station besuchen, da sie Angst haben von den Ärzten und Schwestern schlechte Nachrichten zu erhalten, die sie dann der Partnerin mitteilen müssten.

Die Mütter hingegen befinden sich die ersten Stunden nach der Geburt meist noch in einem tranceartigen Zustand. Sobald sie sich jedoch körperlich von der Geburt erholen, beginnt in vielen Fällen entweder ein Martyrium oder ein völliges Ausblenden der Situation. Viele Frauen erleben eine Art Trauerprozess mit allen dazugehörigen Phasen-Verdrängung, Ohnmacht, Wut, Trauer. Die Schwangerschaft hat viel zu früh geendet. Alle Träume von der gemeinsamen Zeit mit dickem Babybauch, in dem das Kind nun zu fühlen ist, sind geplatzt. Die Mütter fühlen sich verloren, hilflos und ausgeliefert. Sie dürfen auf Grund ihrer eigenen gesundheitlichen Situation noch nicht zu ihrem Kind, wo sie rein biologisch betrachtet hingehören. Es machen sich Schuld- und Schamgefühle breit und werden nur noch von einem Gefühl - der Angst- dominiert. Angst, dass das Kind nicht überleben könnte. Angst, dass es vielleicht schwerstbehindert ist. Diese Situation erleben Mütter ganz individuell und meistens ganz für sich, denn nach außen versuchen sie stets stark zu sein für Kind und Partner. Erschwerend kommt in dieser ersten Zeit hinzu, dass es in vielen Krankenhäusern nach wie vor keine separaten Betten für die Mütter von Frühgeborenen gibt. Das heißt, sie liegen oft mit anderen Müttern und deren termingerecht geborenen Säuglingen gemeinsam in einem Zimmer. Dies stellt eine enorme psychische Belastung dar und ist für meine Begriffe unzumutbar und unverantwortbar. Nicht wenige Frauen, denen es so

ergeht, lassen sich schnellstmöglich nach Hause entlassen. Doch auch zu Hause in vertrauter Umgebung finden sie meist keine Ruhe. Die psychische Belastung ist zu stark.

„Ich war froh, wieder bei meinem ersten Sohn zu sein, dennoch sehnte ich mich nach dem Baby im Krankenhaus- eine ‚Nabelschnur‘ zog mich nach Hause, die andere ins Krankenhaus.“ (Tagebucheintrag einer Mutter eines frühgeborenen Kindes)“ (Jotzo 2005, S.64)

Je länger der Betreuungsprozess des Kindes andauert, desto stärker werden meist auch die Probleme innerhalb der Partnerschaft. Dies liegt zum Einen an den unterschiedlichen Bewältigungsmustern von Mann und Frau mit einer solchen Belastungssituation umzugehen, zum Anderen aber auch an der abnehmenden Kommunikation der Partner untereinander. Viele Frauen fühlen sich von ihren Männern unverstanden und hören auf ihnen ihr tägliches Erleben mitzuteilen. Dagegen fühlen sich viele Männer mit der Situation überfordert und ihrer Partnerin gegenüber hilflos und stürzen sich in die Arbeit, um wenigstens ihrer Rolle als Ernährer gerecht zu werden.

Eine weitere Belastung für viele Paare ist das Umfeld. Oft fällt es Dritten schwer mit dem betroffenen Paar umzugehen. Es passiert nicht selten, dass, statt Mitgefühl und Verständnis, eine Reihe von gut gemeinten aber eher kontraproduktiven Ratschlägen und Aufmunterungsversuchen den Frühcheneltern die Situation erschweren. Alleine jedem aus dem Umfeld erklären zu müssen, dass das Kind nicht wie gewünscht zum Geburtstermin gekommen ist, sondern zu früh und wie es nun um den Nachwuchs steht, kostet die Eltern viel Kraft.

„Eine Frühgeburt kann zudem zurückliegende, manchmal fast vergessene schmerzliche Erfahrungen und Verlusterlebnisse wiederbeleben, die zu einer Verstärkung der aktuellen Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Angst beitragen.“ (Bindt, 2007, S.38). Diese Fülle von Belastungen kann zu Schlafstörungen, anhaltenden depressiven Verstimmungen und Gereiztheit als Zeichen einer seelischen Überlastung führen, welche es den Eltern erschwert den körperlichen und seelischen Anforderungen während des Betreuungsprozesses ihres Kindes auf der neonat. ITS Stand zu halten. Studien zeigten, dass mehr als 60% aller betroffenen Eltern während oder nach der

Akutbehandlung ihres Kindes Anzeichen von seelischer Überlastung zeigten, die so gravierend waren das sie professionell behandelt werden mussten. (Vgl, ebd., S.38)

2 Die neonatologische Intensivstation aus systemischer Sicht

Ich habe mich dazu entschieden in der hier vorliegenden Arbeit den systemischen Ansatz anzuwenden, da dieser bereits von seiner Entstehung her interdisziplinär verortet werden kann. Dieser Umstand begünstigt die Betrachtung eines Systems, in dem unterschiedliche Akteure verschiedener Fachrichtungen als Einheit zusammenarbeiten sollen. Es ist mir des Weiteren wichtig einen ressourcenorientierten und nicht defizitorientierten Blickwinkel einzunehmen, auch dies gehört zum Grundverständnis der Systemiker. Die Anhänger dieses Ansatzes vertreten die Haltung, dass Neutralität und Allparteilichkeit seitens der Professionellen sowie Respekt gegenüber den Klienten und ihren Problemlösungsversuchen von entscheidender Relevanz für die Lösung eines Problems sind.

„Ein System wird- allgemein- als eine aus verschiedenen Elementen geordnet zusammengesetzte Ganzheit definiert, wobei jedes System wiederum Teilsystem eines übergeordneten Systems sein kann (...).“ (Haselmann, 2009, S. 159) Dabei ist es wichtig das System abzugrenzen von seiner Umwelt. Die genaue Abgrenzung beider Bereiche ist notwendig um die Interaktion zwischen System und Umwelt zu verstehen, die für die Erhaltung des Systems existentiell ist (Vgl. ebd., S.159).

Zum Verständnis von Systemen bedarf es nach Schweitzer & Weber (1997) zit. n. Haselmann (2009) dreier wichtiger Begriffe: Zirkularität, Kommunikation und System-Umwelt-Grenzen. Bei der Zirkularität im System wird zu Grunde gelegt, dass das Verhalten jedes Akteurs des Systems gleichzeitig Ursache und Wirkung des Verhaltens der anderen Akteure ist. Das bedeutet, es gibt immer eine wechselwirksame Beeinflussung der Akteure im System. Es bilden sich Phänomene heraus, die es zu beobachten gilt.

Die Kommunikation beinhaltet zum einen den Inhaltsaspekt, d.h. was wird mitgeteilt und zum anderen den Beziehungsaspekt, d.h. wer denkt was über wen und wie wird es wahrgenommen. Es wird davon ausgegangen, dass sich über längere Zeit gewisse Kommunikationsmuster herausbilden.

Der dritte Begriff beschreibt die Grenzen zwischen System und Umwelt. Diese sind nicht pauschal formulierbar, sondern können individuell variieren, obwohl das Setting zum Beispiel die neonat. ITS das gleiche bleibt. Definierender Faktor ist hier die Wahrnehmung darüber, was als „problemrelevantes Interaktionssystem“ (Haselmann, 2009, S. 159) gilt.

Ein weiterer unerlässlicher Faktor für diese Arbeit ist der, dass es keinen außen stehenden Beobachter geben kann, der das System zu kontrollieren vermag. So ist auch der Sozialarbeiter aus systemischer Sicht mit dem Zeitpunkt, an dem ein Problem an ihn herangetragen wird, Teil des Systems. Daher ist es weder möglich ihm eine objektive Rolle zuzuschreiben, noch ihm die Verantwortung für den Verlauf der Betreuung der Eltern auf der neonat. ITS zu zuschreiben. Der Sozialarbeiter kann als Akteur innerhalb des Systems, das System nicht bestimmen, sondern allenfalls positiv beeinflussen. Dies ist positiv zu bewerten, da dadurch die allgemein vorherrschende Macht der Professionellen im Krankenhaus durchbrochen wird. Ich werde zu einem späteren Zeitpunkt diese Thematik vertiefen und erläutern, warum die Rolle des Sozialarbeiters im Betreuungsprozess aus meiner Sicht unerlässlich ist.

Das System der neonat. ITS besteht aus Akteuren, die die Grundlage der Existenz dieser Station bilden und aus Akteuren, welche gemeinsam auf der Station arbeiten. Alle Akteure stehen in mehr oder weniger starken Beziehungen zueinander, auf die im Gliederungspunkt 2.3. näher eingegangen werden soll.

Als Grundlage des Systems können alle Akteure bezeichnet werden, die zur Finanzierung der Station beitragen. Fasst man dies sehr weit könnte man behaupten der grundlegende Akteur ist die Gesundheitspolitik unseres Staates, da sie die Richtlinien für eine solche Station und deren finanzielle Förderung vorgibt. Ich möchte jedoch meinen Blick eine Ebene tiefer ansetzen. So bilden die Krankenkassen die Grundlage meines Systems der neonat. ITS, da sie die Gesundheitspolitik umzusetzen haben, und die Klinikleitung, im Sinne der Klinikverwaltung, die für die Finanzierung und Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses verantwortlich ist. Der Klinikleitung unterstellt ist der Verwaltungschef der Kinder- und Jugendklinik des Krankenhauses X, die Abteilungsleitung Bereich Pflege sowie die Abteilungsleitung Bereich Sozialdienst.

Diese Grundlagenakteure⁷ sind meist⁸ nicht personell auf der neonat. ITS anwesend und dennoch nehmen sie einen steten Einfluss auf das Handlungsgeschehen.

Den anderen Teil des Systems bilden die personell vertretenen Akteure auf der Frühgeborenen- ITS. Dies sind der zuständige Oberarzt, der als Facharzt und Leiter der Station die medizinische Verantwortung trägt, weitere ihm unterstellte Ärzte, die Oberkrankenschwester, die Krankenschwestern und Pfleger, der Sozialarbeiter, die Schwesternschüler und junge Menschen, die ihr FSJ⁹ ableisten. Diese Konstellation bildet die arbeitsfähige Reinform der neonat. ITS. natürlich macht eine solche Station keinen Sinn ohne Patienten. Aus diesem Grund muss das System um ein weiteres, sehr individuelles Subsystem erweitert werden: Die Familie. In der Regel besteht dieses Subsystem aus dem frühgeborenen Kind, seiner Mutter und seinem Vater. Bei meinen weiteren Betrachtungen werde ich von dieser Konstellation ausgehen. Dabei soll jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich in der Praxis natürlich auch um andere Konstellationen handeln kann, wie zum Beispiel : alleinerziehende Mütter oder zur Adoption freigegebene Frühgeborene.

Ein weiterer Akteur kann in einer Elterninitiative bestehen, wie sie im Krankenhaus X vorhanden war. Diese Elterninitiative bildet ein weiteres Subsystem, da sie nicht nur auf der neonat. ITS aktiv werden kann, sondern auch außerhalb des Krankenhauses. Sie ist daher vom Krankenhaus unabhängig und bezieht in erster Linie ihre Teilnehmer von der neonat. ITS.

2.1 Strukturen innerhalb der neonatologischen ITS

Die Strukturen auf der neonat. ITS sind vielschichtig und komplex. Um sie offen zu legen, möchte ich mich auf drei verschiedenen Wegen annähern. Zunächst möchte ich die Hierarchie der Station, unter Berücksichtigung aller oben genannten Akteure, betrachten und Hypothesen über eventuell vorhandene ungenutzte Ressourcen aufstellen.

Ist diese Betrachtung abgeschlossen werde ich mit der Betrachtung der zeitlichen Rangfolge fortfahren. Hierbei soll beleuchtet werden, welcher der heute aktiven Akteure zu welchem Zeitpunkt in das System der neonat. ITS des Krankenhauses X

⁷ Begriff vom Autor selbst verfasst

⁸ Mit Ausnahme Pflegeleitung, Abteilungsleitung Sozialdienst und Verwaltungschef der Kinder- und Jugendklinik. Jedoch ist deren Besuch auf der ITS selten.

⁹ Freiwilliges Soziales Jahr

eingetreten ist, das heißt welcher Akteur die längste Arbeitserfahrung auf *dieser* Station besitzt. Auf Basis dieser Betrachtung sollen weitere ungenutzte Ressourcen, sowie potentielle Konfliktfelder aufgezeigt werden. Anschließend folgt ein Vergleich beider Betrachtungen miteinander zur Analyse der Unterschiede und ihrer Auswirkungen.

Die abschließende Betrachtung wird auf der Beziehungsebene stattfinden. Hier soll klar die Stellung der Eltern innerhalb des Systems verdeutlicht und die Beziehungsstrukturen des Systems offengelegt werden.

Die Auswertung soll dabei in Form von Hypothesen geschehen, da es beim systemischen Ansatz nicht darum geht Lösungen zu finden, sondern in erster Linie mögliche Störungen aufzudecken und zu hinterfragen. Des Weiteren bin ich, als Mitarbeiter auf dieser Station, immer ein Teil des Systems gewesen. Deshalb stützen sich meine Hypothesen überwiegend auf meinen persönlichen, subjektiven Erfahrungen. Ich erhebe also keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit.

Ziel dieser Herangehensweise soll es sein, die Komplexität des Systems zu verdeutlichen, unterschiedliche Blickwinkel einzunehmen und Unterschiede herauszuarbeiten. Auf dieser Grundlage wird später im Gliederungspunkt 3 der Bedarf der Eltern innerhalb des Systems formuliert, sowie die Handlungsperspektiven der Prozessbeteiligten beschrieben werden. Zudem lässt sich, anhand der verschiedenen Betrachtungen, die Rolle des Sozialarbeiters innerhalb des Systems identifizieren.

2.1.1 Hierarchie des Systems

In der Hierarchie des Systems der neonat. ITS stehen die bereits oben als Grundlagenakteure bezeichneten Parteien ganz oben. Sie sind in Abbildung 1 grau gekennzeichnet und spiegeln den Verwaltungs- bzw. Finanzierungsaspekt des Systems wieder. Die Graufärbung dient hierbei auch der Kenntlichmachung, dass diese Akteure nicht personell auf der neonat. ITS anwesend sind.

In der Hierarchie an erster Stelle befindet sich die Krankenkasse. Sie ist das Finanzierungsorgan des Systems und bildet somit die Grundlage. Desweiteren könnte man die Krankenkassen auch als Exekutive der Gesundheitspolitik ansehen. Sie arbeitet nach von der Politik vorgegebenen Richtlinien.

An zweiter Stelle befindet sich die Klinikleitung/Klinikverwaltung. Sie hält das Krankenhaus X am Laufen, ohne das es die neonat. ITS nicht geben würde. Ihr sind disziplinarisch die Klinikleitung der Kinder- und Jugendklinik, die Pflegedienstleitung sowie die Abteilungsleitung des Kliniksozialdienstes des Krankenhauses X untergeordnet. In der oben genannten Abbildung sind diese Akteure nur jeweils zur Hälfte grau dargestellt, weil sie hinzukommend noch eine fachspezifische Funktion haben. Hierbei wurde das Fachgebiet Medizin altrosa, das Fachgebiet Pflege grün und das Fachgebiet Kliniksozialdienst blau dargestellt. Die gepunkteten Linien in der Abbildung stellen die Weisungsberechtigung der Ärzte den Krankenschwestern gegen-

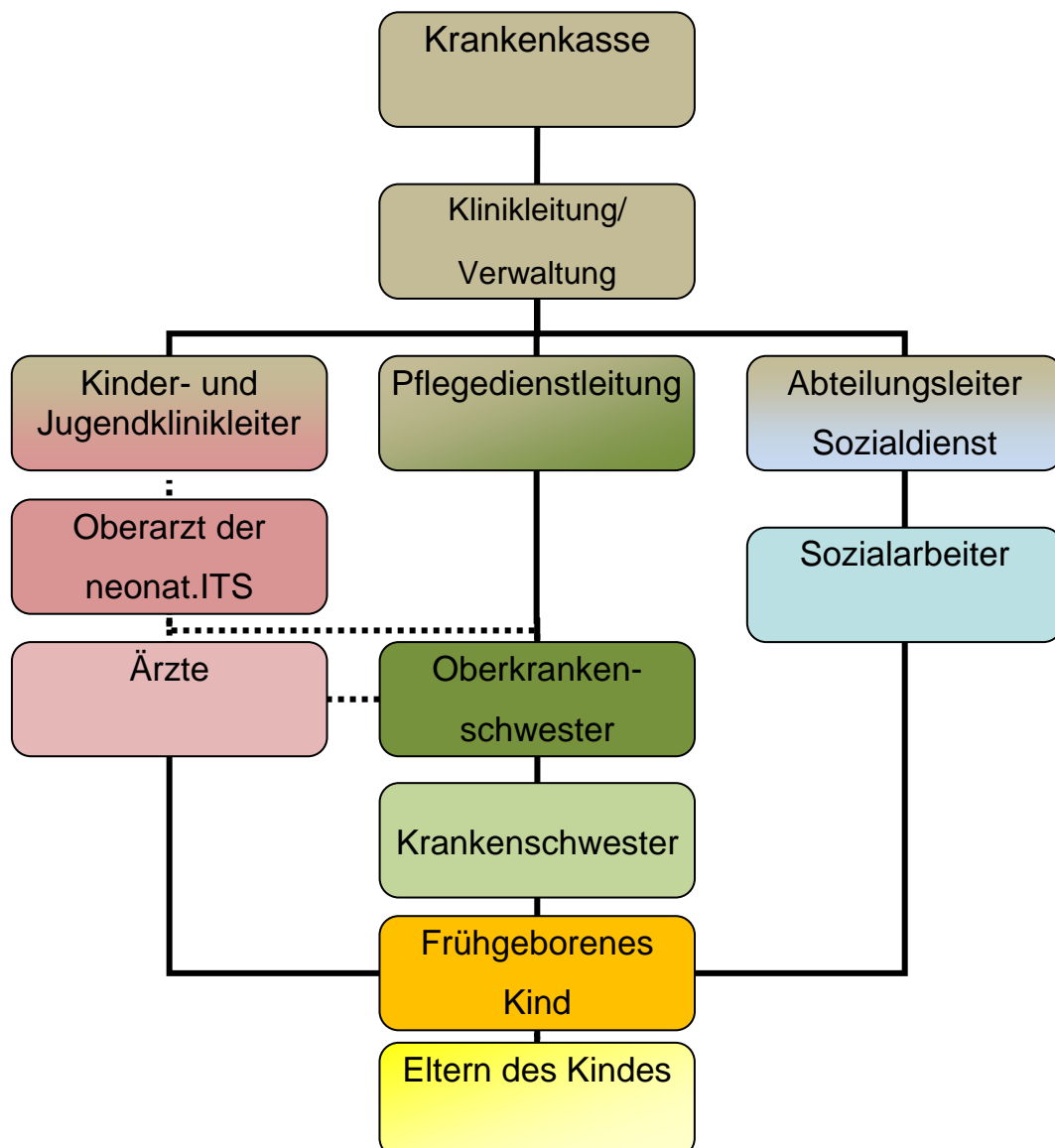


Abbildung 1: Hierarchie des System; Quelle: eigene Darstellung

Dem Klinikleiter der Kinder- und Jugendklinik ist fachlich der Oberarzt der neonat. ITS unterstellt. Er trägt die Verantwortung für die Station und ist somit der in der Hierarchie der personell anwesenden Akteure der am höchsten Stehende. Er ist Weisungsberechtigter aller anderen Ärzte, die auf Station arbeiten bzw. lernen¹⁰.

Die Pflegedienstleitung ist die übergeordnete Instanz der Krankenschwestern und Pfleger auf Station. Von ihr werden Richtlinien und Handlungsanweisungen herausgegeben, an die sich alle Untergeordneten im Bereich Pflege zu halten haben. An unterster Stelle im Bereich Pflege stehen die Schwesterschüler und Absolventen des FSJ. Sie erledigen auf der neonat. ITS meist Hintergrundtätigkeiten, wie das Säubern der Fläschchen sowie das Reinigen der Gerätschaften oder assistieren den Schwestern bei der Arbeit.

Der Abteilungsleitung des Kliniksozialdienstes ist der Sozialarbeiter disziplinarisch unterstellt. Im Krankenhaus X arbeitet dieser hauptsächlich als Vollzeitkraft in der Frauenklinik und kann den Bedarf der Kinder- und Jugendklinik nur nebenbei abdecken. Hierzu gehört jedoch nicht nur die neonat. ITS, sondern auch andere Stationen. Meine umfangreichen Erfahrungen auf der neonat. ITS habe ich nur meinem Status als Praktikantin und der Erlaubnis ein eigenes Projekt auf der ITS durchführen zu dürfen, zu verdanken. Dennoch möchte ich in den Betrachtungen der Einfachheit halber nur den Sozialarbeiter und keinen zusätzlichen Praktikanten darstellen. Mein System suggeriert der Sozialarbeiter habe die Zeit und die Kapazität auf der neonat. ITS zu arbeiten. Dies habe ich so gewählt, um zu verdeutlichen, dass es für das gesamte System von Vorteil ist, wenn ein Sozialarbeiter anwesend ist.

Das letzte Glied der Hierarchie bildet das Subsystem Familie. Hierbei steht jedoch das Kind innerhalb der Systemhierarchie höher als seine Eltern, da es im Fokus des Geschehens steht und das Handeln des medizinischen Fachpersonals entscheidend beeinflusst.

Innerhalb des Systems gibt es weitere zwischen den Abteilungen der Medizin und Pflege verlaufende Hierarchien. So ist die Oberkrankenschwester der neonat. ITS dem

¹⁰ gemeint sind hier Assistenzärzte, denen zur Vereinfachung kein eigenes Feld zugewiesen wurde.

Oberarzt sowie den anderen Ärzten¹¹ unterstellt. Dies gilt auch für das restliche Pflegepersonal.

Es wird anhand der Hierarchie deutlich, dass hier Akteure die Macht besitzen, die personell nicht auf der Station vertreten sind. Man könnte also die Hypothese aufstellen, dass die Verwaltungsakteure Entscheidungen fällen und Richtlinien entwerfen müssen, ohne die tägliche Arbeitspraxis zu kennen und deren Besonderheiten. So mag es vielleicht keinen großen Unterschied zwischen der Pflege von beispielsweise zwei Genesungstationen im chirurgischen Bereich des Krankenhauses geben, wohl aber zwischen einer Genesungsstation und einer Frühgeborenen-ITS. Dies könnte mitunter zu Verständnisproblemen zwischen Verwaltung und neonat. ITS führen.

Zum Zweiten lässt sich in Abbildung 1 sehr gut erkennen, dass die unterschiedlichen personell anwesenden Akteure¹² unterschiedliche Weisungsberechtigte haben. Ein Bindeglied bildet hier der Oberarzt der Station, dem innerhalb der Station sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal untergeordnet sind. Der Sozialarbeiter jedoch nimmt eine Sonderstellung ein, denn er ist dem Oberarzt nicht unterstellt und somit von dessen Weisungen unabhängig. Im Sinne einer guten Arbeitsbasis wird er die Weisungen vermutlich respektieren und anerkennen. Jedoch ist er in der Lage zu widersprechen, wenn er fachliche Diskrepanzen feststellt. Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Es könnte eine Absprache zwischen Sozialarbeiter und Oberarzt geben, dass der Sozialarbeiter ihn über die Gespräche mit Eltern und Angehörigen in Kenntnis setzt¹³. Sollte eine Familie jedoch diesbezüglich Bedenken haben, da sie eventuell in einer schwierigen Beziehung zum Oberarzt steht, könnte der Sozialarbeiter sich, auf Grund seiner Vertraulichkeitsprämisse, dieser Absprache entziehen, ohne dass es für ihn Konsequenzen hat.

Eine dritte wichtige Auffälligkeit, die sich aus dem Organigramm der Hierarchie ergibt, ist die Stellung der Eltern des Kindes. Sie stehen an letzter Stelle des gesamten Systems. Diese Tatsache ist erschreckend, wenn man bedenkt, welche Rollen die Eltern eigentlich zu erfüllen haben. Es handelt sich um ihr Kind, man könnte also sagen, sie sind die emotionalen Experten für den Patienten. Was macht es mit Eltern, wenn sie

¹¹ In diesem Fall sind Assistenzärzte ausgeschlossen.

¹² In der Abbildung bunt gekennzeichnet

¹³ Gemeint ist hier lediglich die Tatsache dass ein Gespräch stattgefunden hat. Die Inhalte des Gespräches sind selbstverständlich vertraulich, solange sie nicht medizinisch relevant und zum Nachteil des Kindes sind.

sich darüber bewusst werden, dass sie in dieser Hierarchie ganz unten stehen? Diese Tatsache ist eine der Gründe für Gefühle der Unsicherheit und, mit fortlaufender Dauer des Betreuungsprozesses, auch der Wut, die sich aus der Ohnmacht heraus entwickelt, nicht die Rolle für das Kind übernehmen zu können, die ihnen von Natur aus zugedacht ist.

Die einzige Möglichkeit der Eltern besteht darin von ihrem Personensorgerecht Gebrauch zu machen und dem Arzt eventuelle Eingriffe am Kind zu verbieten. Dies geschieht jedoch im seltensten Falle, da die Eltern meist selbst völlig überfordert sind und dem Arzt und seinen medizinischen Behandlungen voll und ganz, zum Wohle des Kindes, vertrauen. Zudem erfolgt meist keine ausreichende Beratung bzw. Aufklärung über die Rechte von Patienten oder Angehörigen im Krankenhaus.

Betrachtet man das Krankenhaus als Dienstleistungsgesellschaft, wird klar das hier andere Fakten vorherrschen, als sie für diesen Wirtschaftssektor typisch sind. Schnell wird ersichtlich, dass hier der Kunde nicht König ist. Sondern vielmehr für die Eltern das Gefühl entstehen könnte dem System ausgeliefert zu sein, da sie aus dieser hierarchischen Position heraus keine Handlungsmacht besitzen. Dies gilt es zu berücksichtigen, wenn Ärzteverbände und Gesundheitspolitik zunehmend vom „aktiven Patienten“¹⁴ sprechen und dieses Konstrukt eines Wunschpatienten in der Praxis versucht wird einzufordern.

2.1.2 Zeitliche Rangfolge

Die Betrachtung der zeitlichen Rangfolge soll insbesondere Aufschluss darüber geben, wann welcher Akteur in das System eingetreten ist. Hierbei ist nicht der Betreuungsprozess gemeint, sondern das System wie wir es heute im Krankenhaus X wiederfinden würden. Es geht also um die längste Arbeitserfahrung auf der neonat. ITS, darum welcher der aktuell anwesenden Akteure wann in das System kam.

Diese Betrachtung ist deshalb wertvoll, da sie Unterschiede zwischen der Hierarchie und der zeitlichen Rangfolge aufdecken kann, die im Stationsalltag zu Konflikten führen könnten.

¹⁴ Aktiver Patient meint eine Konstellation in der Patient und Arzt gleichberechtigt in bestmöglicher Kooperation zusammenarbeiten. Dieses Bild vom aktivem Patient wird zunehmend als Forderung an die Patienten und ihre Angehörigen gestellt. Meine Erfahrung in der Praxis zeigte jedoch, dass weder medizinisches Personal noch Patienten bzw. ihre Angehörigen vorbereitet genug sind um dies umzusetzen. Hohe Anforderungen an Patienten kollidieren mit starren Machtstrukturen innerhalb des Krankenhauses.

Im systemischen Ansatz geht man davon aus, dass derjenige Akteur die größte informelle Macht hat, der am längsten im System ist. Wichtig ist hierbei zwischen formeller und informeller Macht zu unterscheiden. Ich habe mich bei der Betrachtung dafür entschieden nur die personell anwesenden Akteure zu beachten, da sich meist nur deren eventuelle Konfliktslagen miteinander direkt auf das Subsystem Familie auswirken und damit zum eventuellen Handlungsfeld des Sozialarbeiters werden könnten.

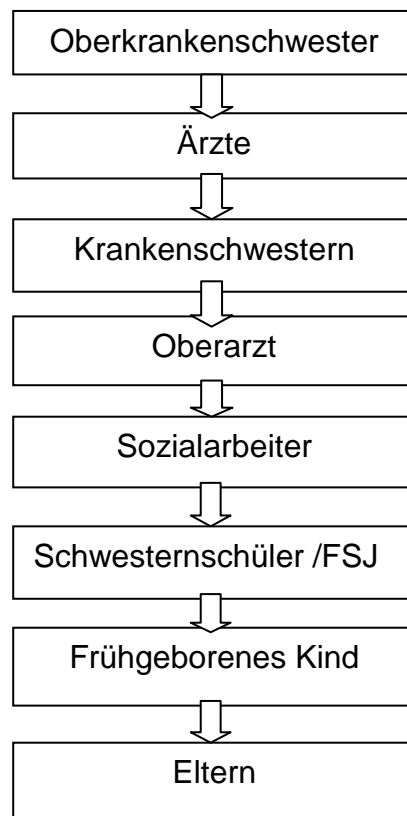


Abbildung 2: zeitliche Rangfolge, Quelle: eigene Darstellung

Selbstverständlich gilt die hier aufgestellte zeitliche Rangfolge nur für das Krankenhaus X, in dem ich meine Arbeitserfahrungen sammeln durfte.

Aus Abbildung 2 geht deutlich hervor, dass der Träger der informellen Macht ein anderer Akteur ist als der Träger der formellen Macht. So ist der Oberarzt zwar in der personellen Hierarchie ganz oben, die informelle Macht jedoch hat die Oberkrankenschwester, die am längsten auf der Station arbeitet. Oft passiert es, dass informeller und formeller Machttäger miteinander in Konfliktslagen geraten, diese Erfahrung kann ich nur teilweise teilen. Vorteilhaft war auf der neonat. ITS des Krankenhauses X sicherlich, dass es sich bei dem formellen Machttäger um einen Mann, bei der informellen Machttägerin um eine Frau handelte. Der Geschlechterunterschied

könnte eventuell aufkommende Konflikte geschmälert haben. Anders könnte es sich dagegen bei der zeitlichen Reihenfolge von Ärzten und Oberarzt siehe Abb.2 verhalten. Im System, welches hier zu Grunde liegt, gibt es einen männlichen Arzt, der deutlich älter ist, als der recht neu hinzu gekommene Oberarzt. Zwei Dinge könnten hier zum Konfliktstoff werden. Der ältere Arzt ist dem jüngeren Oberarzt an Arbeitserfahrung voraus. Es wäre möglich, dass es ihm schwerfällt den jüngeren Chef zu akzeptieren. Zum anderen könnte es unter den Männern zu einer Art „Revierverhalten“ kommen, das heißt der Ältere versucht dem Jüngeren zu zeigen, dass er bereits länger auf der Station arbeitet und damit gewisse Sonderrechte genießt. Der Oberarzt könnte somit in Bedrängnis geraten, deutlich zeigen zu müssen „wer der Chef ist“ oder aber um die Anerkennung seiner Position buhlen, indem er besonders freundlich und zugewandt einigen Mitgliedern des Teams gegenüber ist. Ein solches Verhalten jedoch könnte, das Arbeitsklima negativ beeinflussen. Eltern, die ihre Kinder auf der neonat. ITS besuchen, könnten diese Stimmung wahrnehmen und beunruhigt reagieren, da sie dadurch das professionelle Handeln des medizinischen Personals eventuell in Frage stellen.

An dieser Stelle wird klar die Zirkularität deutlich, die diese lebenden Systeme in sich beherbergen. Alles bedingt sich gegenseitig. Wichtig ist jedoch auch noch einmal deutlich zu formulieren, dass es sich bei den hier getätigten Betrachtungen um Hypothesen handelt. Ob diese sich in der Praxis bestätigen hängt von den jeweiligen Akteuren selbst ab und den Situationen mit denen sie konfrontiert werden.

Bei der Betrachtung der zeitlichen Rangfolge fällt wiederum auf, dass die Eltern an letzter Stelle stehen. Zwar ist es nicht überraschend, da sie quasi den wechselnden Bestandteil der ITS bilden. Dennoch ist es wichtig diese Erkenntnis nicht außer Acht zu lassen. Sie könnte Aufschluss über die Wahrnehmung der Eltern von ihrer Situation und deren emotionalen Zustand geben.

2.2 Akteure und deren Beziehungen zueinander

Die wohl spannendste Betrachtung des Systems erfolgt über das Beziehungssystem, welches die Akteure miteinander verbindet. Hierbei bin ich zunächst vom frühgeborenen Kind ausgegangen und habe versucht die Nähe und Distanz der einzelnen Akteure zum Kind aufzuzeigen, um zu verdeutlichen wie stark auch das Nähe-Distanz- Verhältnis jedes einzelnen Akteurs auf das System Einfluss nimmt. Erst

danach möchte ich in einem zweiten Schritt die Beziehungen der Akteure untereinander analysieren und Auffälligkeiten herausarbeiten.

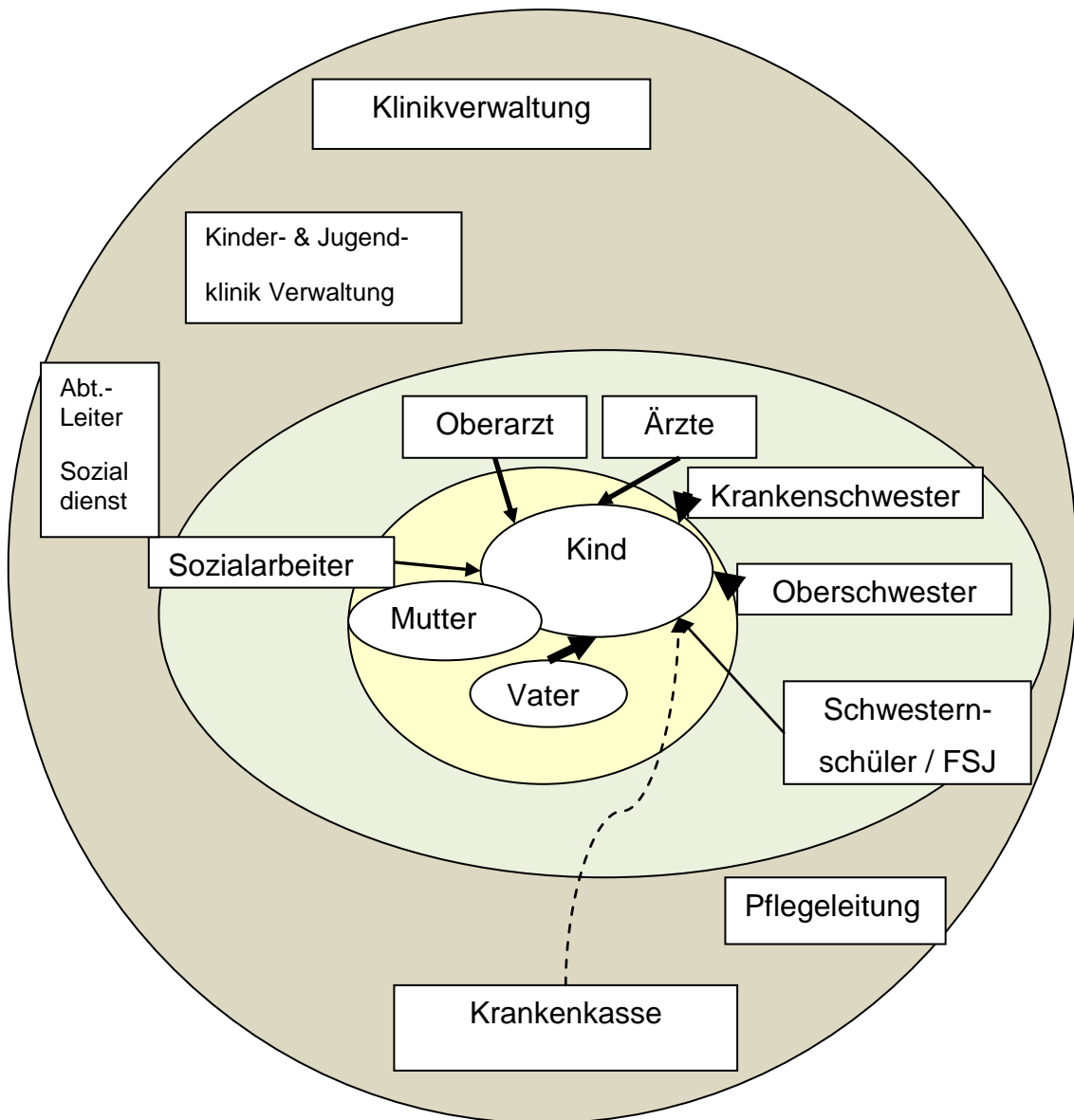


Abbildung 3: Nähe und Distanz zum Kind, Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 3 zeigt deutlich die drei Stufen, die das System der neonat. ITS aufweist. Die grau gekennzeichnete Fläche stellt wie schon in Abbildung 1 die Verwaltungsorgane dar. Sie haben eine große Distanz zum jeweiligen frühgeborenen Säugling auf der Station. Sie bilden das Exosystem. „Ein Exosystem ist eine Ausweitung des Mesosystems, das weitere soziale Strukturen, sowohl formeller als auch informeller Art, umfasst zu denen die sich entwickelnde Person nicht selbst gehört, die aber die

unmittelbaren Settings, denen die Person angehört, berühren oder mit einschließen und von daher das, was darin vor sich geht, beeinflussen, eingrenzen oder sogar determinieren“ (Bonfenbrenner, 1978, S. 36 zitiert nach Ritscher, 2005, S.95)

Kennzeichnend für ein solches Exosystem ist seine relative Alltagsferne, Anonymität und die Vielzahl von Mikro- und Mesosystemen mit denen es in Verbindung tritt (Vgl. Ritscher, 2005; S.96).

Im hier vorliegenden Exosystem bestehend aus: Familie, neonat. ITS, Verwaltungsorganen sowie Krankenkasse/Gesundheitspolitik - besteht die Anonymität und die relative Alltagsferne darin, dass sie für gewöhnlich nicht personell auf der Station vertreten sind und das Makrosystem, bestehend aus: medizinischem und pflegerischem Personal, sowie dem Sozialarbeiter -große Teile von ihnen nicht persönlich kennt.

Dem Mikrosystem Familie sind diese Akteure meist gar völlig fremd. Eine Ausnahme ist hier die Krankenkasse, da sie durch die Leistungserbringung im Einzelfall der Familie meist zumindest in Form eines Sachbearbeiters bekannt ist.

Zudem haben die Akteure des Exosystems zu einer Vielzahl anderer Meso- und Mikrosysteme Verbindungen. Als Beispiel wären hier die gesamten anderen Stationen der Kinder- und Jugendklinik zu nennen, in denen sich wiederum zahlreiche Mikrosysteme in Form von anderen Familien finden.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Akteure des Exosystems eine große Distanz zum Kind aufweisen.

Im Mesosystem dagegen muss man eher von unterschiedlicher Nähe zum Kind sprechen, da die Akteure des Mesosystems alle in Verbindung mit dem Kind stehen. Die geringste Nähe zum Kind haben die Schwesternschüler und FSJ-Absolventen, da sie in der Regel durch ihre Aufgaben auf Station kaum persönlichen Kontakt zum Kind haben. Sie fungieren vielmehr als Arbeitskräfte im Hintergrund und Beobachter der Situation.

Ihre direkten Vorgesetzten dagegen haben eine große Nähe zum Kind. Sie pflegen das Kind intensiv. Sie baden es, wickeln, füttern es und versorgen es medizinisch. Diese sehr herzliche und liebevolle Form der Betreuung habe ich im gesamten Krankenhaus X

nur auf der neonat. ITS erlebt. Man gewinnt den Eindruck die Schwestern leben für ihre Arbeit. Sie sind überaus verantwortungsvoll und geduldig mit ihren kleinen Patienten.

Die Ärzte sind im Gegensatz zu den Krankenschwestern etwas distanzierter zum frühgeborenen Kind, trotzdem sind sie dem Kind sehr nah. Der Unterschied besteht im Wegfall der pflegerischen Tätigkeit. Die Ärzte üben lediglich medizinische Eingriffe am Kind aus. Um professionell arbeiten zu können ist es unter anderem wichtig für sie eine größere Distanz zu bewahren. Würden sie zu den Kindern starke emotionale Bindungen aufbauen, könnte es passieren, dass sie in ihrer medizinischen Handlungsfähigkeit eingeschränkt werden. Sie könnten unter anderem nicht mehr rational operieren, was sehr negative Auswirkungen auf das Kind haben könnte.

In meiner Praktikumszeit habe ich jedoch auch die Erfahrung gemacht, dass den Ärzten das Wahren der professionellen Distanz leichter fällt als den Ärztinnen der Station. Mitunter könnte dies durch den natürlichen Schutzinstinkt der Frauen gegenüber Kindern bedingt sein.

Zur Wahrung der professionellen Distanz der Ärzte dient weiterhin eine gewisse Rollenerwartung, die wichtig für ihre Anerkennung als Professionelle ist. Auf dieses Rollenbild sowie die Erwartungshaltungen, die daraus resultieren, möchte ich jedoch im Unterpunkt *Medizinisches Personal* näher eingehen.

Der Oberarzt ist im Nähe-Distanz- Verhalten zum Kind mit den Ärzten auf eine Ebene zu stellen. Er arbeitet am Kind, versucht jedoch stets eine professionelle Distanz zu wahren.

Aus Abbildung 3 geht hervor, dass der Sozialarbeiter gegenüber dem medizinischen und pflegerischen Personal eine geringere Nähe zum Kind aufweist. Dies gibt zum einen, einen Hinweis darauf, dass das frühgeborene Kind nicht im Fokus seiner Arbeit liegt, zum anderen lässt sich diese Distanz aber auch aus dem fehlenden Körperkontakt zwischen Sozialarbeiter und Säugling begründen. Für den Sozialarbeiter könnte es von Bedeutung sein eine größere Distanz zum unmittelbaren Geschehen zu haben, da er so unbefangener mit Eltern und Personal der neonat. ITS umgehen kann.

Den Kontrast zur Distanz des Sozialarbeiters bildet die Mutter des Kindes. Ihr Nähe-Distanz-Verhalten zu erläutern ist schwieriger, da es sich bei der Mutter um zwei

verschiedene Verhaltensweisen handelt, die beide zur gleichen Zeit stattfinden können und auf unterschiedlichen Ursachen beruhen.

Zum einen muss man bei der Mutter schon von einer Symbiose mit dem Kind sprechen, weshalb sie sich in Abbildung 3 eine Schnittmenge mit dem Kind teilt. Zum anderen wird ihr auf Grund verschiedenster Regelungen verboten ihr natürliches Recht auf Nähe zum Säugling, d.h. ihr natürliches Mutterverhalten auszuleben. Monatelang trägt sie das Kind in sich, kann spüren wie es auf bestimmte Einflüsse reagiert und weiß meist bereits instinktiv, wie sie sich verhalten muss. Auf Grund der Frühgeburt werden beide voneinander getrennt. Beide verlieren ihren gemeinsamen Teil, der sie verbindet. Die Mutter kann plötzlich nur noch 3,5 Stunden¹⁵ von 24 Stunden bei ihrem Kind sein und selbst in dieser kurzen Zeit existiert eine Grenze in Form eines Inkubators zwischen ihnen. Die Folgen die, dieses „erzwungene Nähe- Distanz- Dilemma“¹⁶ hat, wurden eingangs bereits angerissen und sollen im *Gliederungspunkt 2.3.2 Eltern* noch einmal aufgegriffen werden.

Der Vater ist im Gegensatz zur Mutter etwas distanzierter zum Kind, dennoch hat er eine nicht zu unterschätzende, sehr starke Bindung zum Kind. Er könnte nun im Subsystem Familie die Haltung des Beschützers einnehmen, die auch seiner Rollenerwartung entspricht. Wie bereits in *Kapitel 1* erwähnt, ist er meist der erste, der das frühgeborene Kind sehen darf. Er wird zum Vermittler zwischen Mutter und Kind. Dabei könnte es passieren, dass er mit der Situation überfordert ist. Er muss innerhalb kürzester Zeit mit einer enormen Vielzahl von Erwartungshaltungen fertig werden, die sowohl innerhalb als auch außerhalb des Systems an ihn gestellt werden. Einige dieser Erwartungshaltungen sind: seine Familie zu versorgen/ernähren, d.h. schnellst möglich wieder zu arbeiten; für seine Frau eine Stütze zu sein, die starke Schulter, ohne Berücksichtigung seiner eigenen Gefühle; Empfänger und Übermittler der Nachrichten von der neonat. ITS für die Mutter auf der Geburtsstation; Informant für die „Welt außerhalb des Krankenhauses“¹⁷; ein guter Vater zu sein und vieles mehr. Es kann schnell geschehen, dass Väter in dieser Extremsituation überfordert werden und keinen Umgang mit der Situation finden. Erschwerend kommt hinzu, dass stets das Kind fokussiert wird. Im besten Fall fällt der Blick auch einmal auf die Mutter, aber nur sehr

¹⁵ Diese Stundenzahl entspricht der Zeit, in welcher die neonat. Intensivstation für Besucher zugänglich ist. Sie geht von 10:00 – 12:00 Uhr und von 14:00 – 15:30 Uhr.

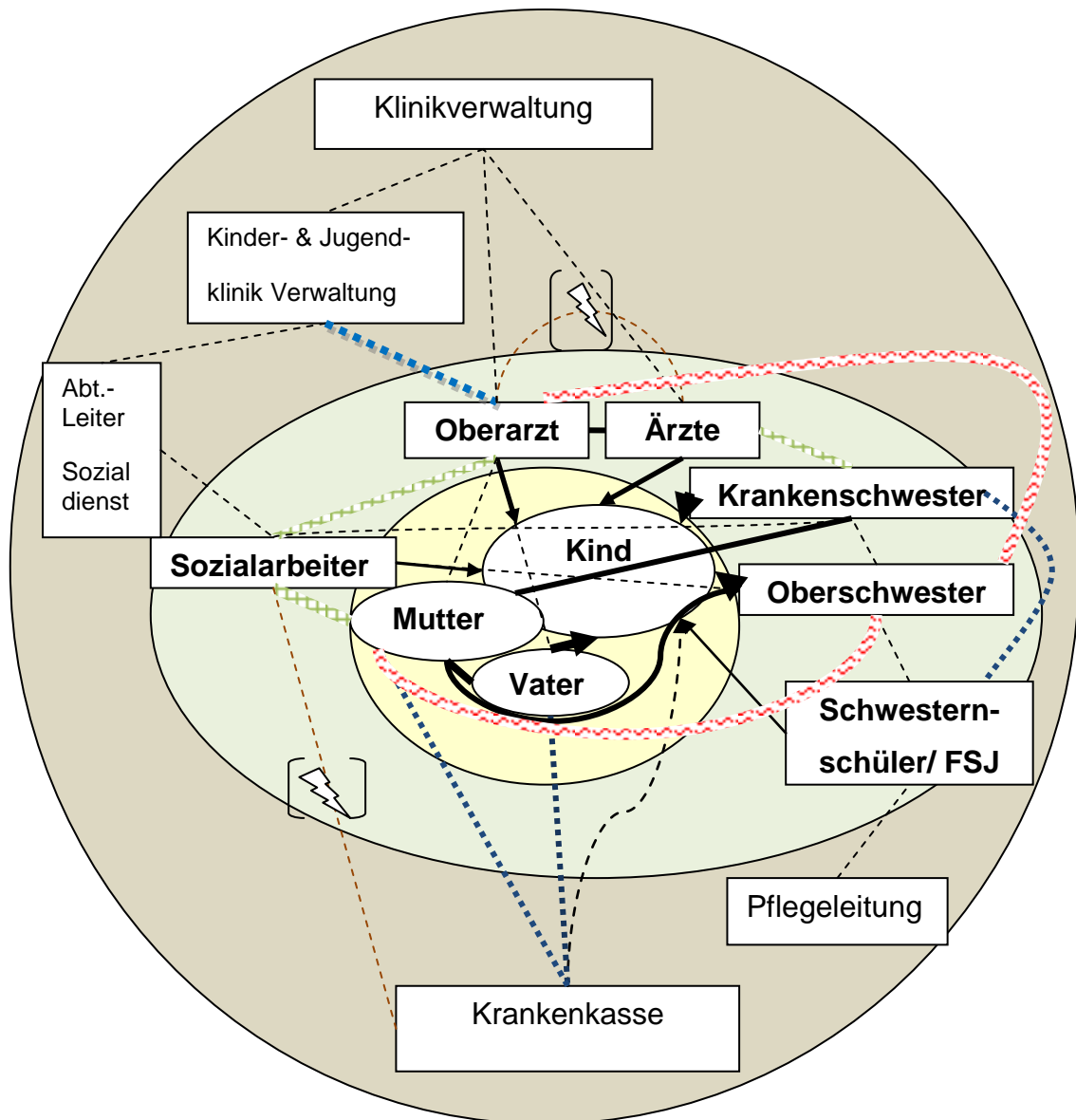
¹⁶ Begriff vom Autor formuliert

¹⁷ Damit sind Freunde, Familie, Arbeitgeber, Krankenkasse u.A. gemeint.

selten auf den Vater, der letztendlich mit seinen Bedürfnissen innerhalb des Systems zu oft allein gelassen wird.

Da nun ein Überblick über die Nähe und Distanz-Relationen zum frühgeborenen Kind entstanden ist, möchte ich mich im Folgenden mit den Beziehungen der Akteure untereinander auseinandersetzen. In meiner Vorgehensweise habe ich mich dazu entschieden, die einzelnen Akteure detailliert zu beschreiben, ihre Ziele aufzuzeigen und danach zu ergründen, welche Beziehungen sie aus welchem Grund eingehen und was der ihnen daraus erwachsende Nutzen zu sein scheint. Auch ungenutzte Ressourcen und potentiell kritische Stellen im System sollen erörtert werden.

Um die Nähe- Distanz- Anordnung zu wahren und zu sehen wie diese die Beziehungen der Akteure beeinflusst, werde ich die Darstellung in Abbildung 3 noch einmal aufgreifen und diese, um die Beziehungen zwischen den Akteuren, ergänzen.



Legende:

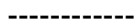
Enge Beziehung:



distanziert/schlecht:



Einfache Bez.:



misstrauisch:



Konfliktreiche Bez.:



harmonisch:



Abbildung 4: Beziehungen zwischen den Akteuren, Quelle: eigene Darstellung

Da die Betreuung eines Frühgeborenen ein sehr komplexes Netz an Behandlungen erfordert, ist es auf der neonat. ITS zwingend notwendig, dass ein detaillierter Austausch zwischen dem medizinischen Fachpersonal, aber auch mit allen anderen Akteuren der Station, stattfindet.

Das frühgeborene Kind ist der Akteur auf den überwiegend die Konzentration der anderen Akteure gerichtet ist, weshalb es sowohl in Abbildung 3 als auch 4 im Zentrum des Systems steht. Es bestimmt die Abläufe des Genesungsprozesses und damit der Betreuung im Krankenhaus.

Allerdings handelt es sich hierbei um überwiegend medizinische Prozeduren, die in dieser Arbeit nicht näher erläutert oder bewertet werden sollen. Aus diesem Grund möchte ich das Kind als Akteur nicht einzeln herausarbeiten, sondern vielmehr seinen Einfluss auf die anderen Akteure und deren Beziehungen zueinander, beim jeweiligen Akteur erörtern.

Dies soll jedoch nicht die Tatsache schmälern, dass auch der Säugling mit seiner Umwelt in Kommunikation tritt. Da die gesamte Aufmerksamkeit auf das Kind gerichtet wird, ist diese Kommunikation nach außen von beachtlicher Bedeutung. Sie ist Ursache und Wirkung für die Reaktionen der anderen Akteure und als solche beschrieben werden soll.

Aus Abbildung 4 geht hervor, wie umfangreich und verworren die Beziehungen der Akteure untereinander sind. Im Folgenden soll versucht werden, diese je nach Akteur aufzuschlüsseln und zu beleuchten.

2.2.1 Krankenkassen

Ein personell nicht anwesender Akteur sind die Krankenkassen. Diese übernehmen die Leistungsfinanzierung im Hintergrund. Im Falle einer Frühgeburt ist es jedoch so, dass viele Kostenübernahmeentscheidungen im Ermessen der Sachbearbeiter liegen. Die Eltern, Mediziner und, wenn vorhanden, auch der Sozialarbeiter müssen sich gezwungenermaßen mit der Finanzierung von gewissen Leistungen auseinander setzen. Dadurch wirkt auch die Krankenkasse auf das System ein und steht mit den Akteuren im Austausch.

Ständig wechselnde Gesundheitspolitik und Kürzungen der Gesundheitsfonds erschweren es den Krankenkassen die richtige Balance zwischen Leistungserbringung und Kosteneinsparung zu finden. Gerade die Thematik der Frühgeborenen bleibt bei vielen Krankenkassen eine Grauzone. Frühgeborene Kinder haben einen weitaus höheren Bedarf an medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Unterstützung als termingerecht geborene Säuglinge. Dieser Bedarf bleibt auch nach Entlassung aus dem

Krankenhaus. Doch viele Dinge, die sonst so selbstverständlich sind, werden bei frühgeborenen Kindern zum Leistungserbringungskampf.

Aus diesem Grund kommt es oft zu einem schlechten Verhältnis zwischen den, ohnehin schon belasteten, Eltern und den befugten Vertretern der Krankenkassen. Diese schlechte Beziehung hat oft Auswirkungen auf das Befinden der Eltern. So kann eine Weigerung der Leistungsübernahme der Krankenkassen bei den Eltern gegebenenfalls finanzielle Ängste hervorrufen, die eine zusätzliche Belastung darstellen.

Oft schaltet sich dann der Sozialarbeiter, sofern es einen gibt, ein, um den Eltern die Belastung zum Teil abzunehmen. Während meiner Praktikumszeit machte ich die Erfahrung, dass man aus der Rolle des Sozialarbeiters heraus eine ganz andere Verhandlungsbasis mit den Krankenkassen hat. In der Regel hat ein Kliniksozialarbeiter recht gute Kontakte zu seinen jeweiligen Ansprechpartnern bei den verschiedenen Krankenkassen. Diese Beziehungen erleichtern es ihm Leistungen für die Familie zu erstreiten. Dies kann völlig konfliktfrei ablaufen oder aber auch konfliktreich, dies ist nicht vorher zu sehen. Jedoch belasten eventuelle Konflikte den Sozialarbeiter weitaus weniger, da er nicht persönlich involviert ist.

Die Krankenkassen sind gezwungen ihre Regelungen durchzusetzen und wirtschaftlich zu arbeiten, mitunter kommt es daher vor, dass auf Grund der großen Distanz zum Geschehen die Bedürfnisse der Antragssteller stark in den Hintergrund treten.

2.2.2 Klinikleitung

Ein weiterer entscheidender Akteur in dem System der neonat. ITS die Klinikleitung. Die Klinikleitung ist nicht direkt in das Geschehen involviert und prägt es dennoch maßgeblich durch seine Vorgaben. Somit stellt sie, wie bereits erwähnt, einen Akteur dar, der nicht personell vertreten ist und doch ständig präsent., Denn das gesamte medizinische und pflegerische Personal steht in einer Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehung zur Klinikleitung.

Diese Krankenhaushierarchie, die bereits ausführlich behandelt wurde, ist zum einen durchaus nützlich und positiv, um Ordnung im Gesamtsystem Krankenhaus X zu halten, zum anderen hemmen diese starren Strukturen aber auch die Weiterentwicklung durch neue Ideen und Methoden. Selbst Ergebnisse aus der medizinischen Forschung auf

deren Umsetzung ein modernes Krankenhaus angewiesen ist, finden ihren Weg der Realisierung nur sehr langsam auf die jeweiligen Stationen.

Die Klinikleitung muss neben Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit auch auf Gesundheitserhaltung des Personals achten, d.h. Personalorientierung als Ziel definieren (Vgl. Pfaff, 1997, S. 323).

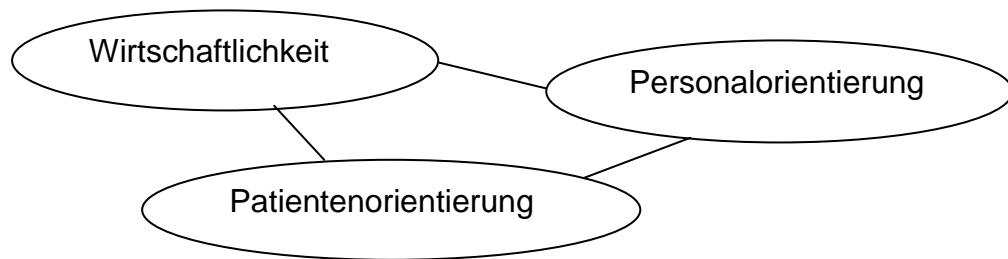


Abbildung 5: Das magische Dreieck des Krankenhausmanagements; Quelle: Pfaff, 1997, S.324, Abb.1

„Die Aufgaben des Krankenhauses bestehen daher aus medizin- und organisationssoziologischer Sicht darin, effizient zu wirtschaften, humane Arbeitsbedingungen zu schaffen und die Patienten in den Mittelpunkt zu stellen.“ (Pfaff, 1997, S. 324) Dabei meint effizient wirtschaften, die Liegedauer der Patienten so gering wie möglich zu halten.

Hier bildet das System der neonat. ITS eine absolute Ausnahme, denn es geht der Klinikleitung noch um einen anderen Faktor- Prestige. Die Krankenhäuser eines Standortes, die dieselben Leistungen anbieten, stehen auf dem Markt unter ständigem Konkurrenzdruck. Somit ist es wichtig „Aushängeschilder“ aufzubauen, um Kundschaft zu gewinnen.

Die neonat. ITS ist ein solches Aushängeschild. Nicht umsonst wirbt das Krankenhaus X bei seinem Internetauftritt damit eine neonat. ITS Level 1 zu beherbergen. Ein solches Prestigemerkmal zu sein hat für die Station Vor- und Nachteile. Zum einen ist der Konkurrenzdruck zu anderen Kliniken mit neonat. Stationen hoch und die Klinikleitung drängt auf ein einwandfreies Arbeiten, zum anderen steht die Station als Aushängeschild natürlich auch unter besonderem Schutz, da sie eine besondere Stellung im Gesamtsystem des Krankenhaus X einnimmt.

Den Wirtschaftlichkeitsfaktor kann die Station trotz großer Bemühungen nicht erfüllen. Dies könnte als Druckmittel verwendet werden, wenn es um eine Erweiterung des

Personals geht. Ein Argument könnte lauten: Ihr seid nicht wirtschaftlich für das Krankenhaus, da können wir euch nicht noch eine Personalstelle finanzieren. Diese Situation könnte Auswirkungen auf die Gesundheit und Zufriedenheit des Personals haben. Da besonders die Führungskräfte oft Überstunden leisten müssen und die ständig wachsenden Anforderungen an Dokumentation und Organisation zu bewältigen. Dies wiederum könnte zu einer Überlastung führen, die sich dann im Arbeitsklima sowie im Umgang mit den Eltern bemerkbar machen könnte.

2.2.3 Medizinisches Personal

Es handelt sich beim medizinischen Fachpersonal um ein relativ konstantes Team von speziell ausgebildeten Krankenschwestern und Ärzten. Im Gegensatz zu anderen Stationen betreut das Pflegepersonal der neonat.ITS ausschließlich diese Station und muss nicht auf anderen Stationen arbeiten. Das Team bildet somit eine Konstante auf der Frühchen- Intensivstation des Krankenhauses X und bestimmt das System und dessen Ausgestaltung mit Regeln und einzuhaltenden Prozessen entscheidend mit.

Die Prozessbeteiligten kennen sich untereinander durch eine lange gemeinsame Arbeitszeit sehr gut und versuchen nach außen eine geschlossene Einheit zu demonstrieren. Diese Einheit kann zum einen sehr nützlich sein, da sie ein starkes Team verkörpert und somit auf die Eltern als Sicherheitsfaktor wirken könnte. Zum anderen könnte diese Einheit aber auch als Abgrenzung und Mauer fungieren, die abschreckend auf neue Akteure, wie zum Beispiel Schwesternschüler oder FSJ´ler wirken könnte.

Die Schwesternschüler und FSJ´ler übernehmen im System eine besondere Rolle. Ihre Position, siehe Abbildung 1, erlaubt es ihnen nicht direkt am Kind aktiv zu werden. Stattdessen fällt ihnen eine sehr interessante Rolle zu. Sie sind oft kaum wahrgenommene Beobachter der Geschehnisse. Dies sehe ich als ungenutzte Ressource und möchte im Kapitel „Handlungsperspektiven“ noch einmal näher darauf eingehen.

Innerhalb des medizinischen Personals kann man die neonat. ist, wie bereits mehrfach erwähnt, in zwei Lager teilen. Auf der einen Seite die speziell neonatologisch ausgebildeten Ärzte, auf der Anderen das Pflegepersonal. Beide Gruppen haben eine harmonisch- wirkende Beziehung zueinander.

Aus Abbildung 1 konnten wir entnehmen, dass das Pflegepersonal den Ärzten unterstellt ist. Es herrscht also ein Machtgefälle innerhalb der Belegschaft. Zum anderen

konnten wir aber aus Abbildung 2 entnehmen, dass die größte informelle Macht die Oberkrankenschwester für sich beanspruchen könnte, da sie am längsten im System arbeitet. Diese Konstellation könnte in speziellen Situationen für Konflikte auf der Station sorgen. Denn hier könnten Oberarzt und Oberkrankenschwester in eine Art Rivalität geraten. Für den Oberarzt würde diese Konstellation jedoch negativere Folgen haben, als für die Oberschwester, da er zusätzlich noch, wie im Abschnitt „zeitliche Rangfolge“ bereits erwähnt, in einer Rivalität mit dem Arzt der Station steht. Diese Konstellation ist in Abbildung 4 braun dargestellt und mit einem Blitz gekennzeichnet.

Geht man von dieser Gesamtsituation aus, wird klar das auf dem Oberarzt ein hoher Druck lastet. Er trägt nicht nur die Verantwortung für seine Station und deren reibungslosen Ablauf, sondern auch die Verantwortung für eine gut funktionierende Belegschaft, die in einem bestmöglichen Arbeitsklima tätig sein soll. Für letztere Aufgabe hat er jedoch eine denkbar schlechte Ausgangsposition. Er muss also Strategien entwickeln, um diese schlechte Ausgangssituation zu kompensieren. Diese könnten zum einen aus einer übertriebenen Demonstration seiner Macht bestehen oder aber gegenteilig in extrem kollegialem Verhalten und Sympathie. Letzteres habe ich während meiner Arbeit im Krankenhaus X beobachten können. Dieses Verhalten ist zwar positiv für das Arbeitsklima, aber es birgt die Gefahr in sich, die eigene Stellung im System zu relativieren. Situationen bei denen er aus seiner Position heraus gezwungen ist seine Angestellten zu kritisieren, könnten ihm dann zunehmend persönlich übel genommen werden, da die Grenze zwischen privat/freundschaftlich und professionell/distanziert nicht mehr gewahrt sein könnte.

Desweiteren muss der Oberarzt in der Situation immer wieder in Aushandlungsprozesse mit dem Klinikleiter der Kinder- und Jugendklinik treten, sei es für die Anschaffung medizinischer Geräte oder aber für die Schaffung einer neuen Stelle auf der Station. Diese Aushandlungsprozesse könnten mitunter sehr kräftezehrend sein. Dies spiegelt sich unter anderem in der in Abb.4 blau gekennzeichneten Beziehung zum Klinikleiter der Kinder-und Jugendklinik wieder, welche als eher distanziert/schlecht zu beschreiben ist.

Der Oberarzt spricht mit den Eltern über den Genesungsprozess des Kindes. Damit hat er auch eine einfache Beziehung zu Mutter und Vater des frühgeborenen Kindes. Auch

die anderen Ärzte führen Angehörigengespräche, meist wird nach jeweiliger Situation bzw. danach entschieden, wer zuletzt mit dem Fall betraut war.

Hier kommt oft das oben bereits erwähnte Rollenbild der Ärzte zum tragen. Bis heute herrscht in vielen Köpfen das Bild der „Götter in Weiß“ vor. Bei dieser Erwartungshaltung geht es darum, dass der Arzt durch sein medizinisches Wissen über Leben und Tod entscheiden könne. Zudem steht die Farbe weiß für Reinheit. Sowohl das „Göttliche“ als auch die „Reinheit“ implizieren in diese Rollenerwartung Fehlerfreiheit und Perfektion im Handeln. Ein Arzt wird im Krankenhaus von einem Patienten oder Angehörigen nur selten hinterfragt. Daraus ergibt sich, dass der Arzt sein Handeln am Patienten nicht rechtfertigen muss. Oft ist es nur eine Frage der Zeit, bis Ärzte aufhören ihre Handlungen und medizinischen Prozeduren dem Patienten bzw. seinem Angehörigen zu erklären. Zum anderen wird gerade vom Patienten bzw. Angehörigen dieses Verhalten erwartet, gleich einem falschen Verständnis von Vertrauenswürdigkeit.

Auf der neonatl ITS des Krankenhauses X erwies sich dieses Rollenbild als fatal, da die Eltern nicht wagten die medizinischen Schritte, die an ihrem Kind durchgeführt wurden zu hinterfragen. Weiterhin berichteten einige Eltern, sie fühlten sich unterlegen und hätten Angst den Arzt zu verärgern, da dieser ja für die Genesung ihres Kindes verantwortlich sei. Dieser Zustand ist weder für die Ärzte noch für die Eltern wünschenswert und verbirgt einige ungenutzte Ressourcen, auf die ich in meinem anschließenden Teil der Arbeit eingehen möchte.

Ein weiteres potentiell Konfliktfeld ließe sich in der Enge der Bindungen auf der Station vermuten. Schaut man sich Abbildung 4 an, wird deutlich das das Personal der ITS sehr eng beieinander steht und auch eine große Nähe zum Kind aufweist. Letzteres ist bei den Krankenschwestern, wie bereits erwähnt, noch ausgeprägter als bei den Ärzten. Die Krankenschwestern übernehmen quasi die Aufgaben der Mutter, während diese nicht anwesend ist. Dies könnte jedoch auch zur Folge haben, dass die Krankenschwestern¹⁸ eine emotionale Bindung zum Frühgeborenen aufbauen, die sie veranlassen könnte Kontrolle über den Umgang mit dem Kind ausüben zu wollen. Sie

¹⁸ Krankenschwestern bezieht sich hier auf Oberschwester und Krankenschwestern, da ich in meiner Arbeitserfahrung im Nähe- Distanz- Verhalten zum Kind keine Unterschiede feststellen konnte. Zudem übernimmt die Oberschwester auf Station die gleichen Aufgaben wie ihre Kolleginnen. Sie hat neben diesen Aufgaben einen Mehraufwand in Form von organisatorischen Zusatzaufgaben, die sie erfüllen muss.

könnten einen Schutzinstinkt für das Kind entwickeln und dementsprechend distanziert und misstrauisch im Umgang mit den Eltern des Kindes sein, sofern diese nicht ihren Vorstellungen entsprechen. Das Entstehen von solchen Zirkularitäten ist nichts Ungewöhnliches und es ist unbedingt nötig zu betonen, dass die Krankenschwestern stets in bestem Wissen und Gewissen handeln, insbesondere wenn es um die Babies geht. Zumal ihnen auch vom Jugendamt auferlegt wird, Eltern kritisch zu betrachten und Auffälligkeiten im Umgang mit den Kindern sofort dem Sozialdienst sowie dem Jugendamt zu melden. Dennoch könnte eine solche Haltung der Krankenschwestern über einen längeren Zeitraum zu ernststen Konsequenzen für selbige führen, weshalb es wünschenswert wäre ihnen eine Möglichkeit der Verarbeitung eventuell in Form von Supervision anzubieten.

2.2.4 Eltern

Die Eltern des frühgeborenen Säuglings sind wichtige Akteure in der Betreuung des Kindes. Bei der Analyse ihrer Beziehungen im System ist es notwendig eine Unterscheidung zwischen Mutter und Vater zu treffen, da beide die Abläufe im System in der Regel unterschiedlich erleben, kommunizieren und verarbeiten.

So fühlen sich Mütter in der Regel noch hilfloser und trauriger, wenn sie ihr Kind während der Besuchszeit schreiend und weinend erleben. Auch könnte in einer solchen Situation erheblich die Toleranzgrenze gegenüber den Handlungen des Fachpersonals sinken. Schreit¹⁹ das Kind über einen längeren Zeitraum, ohne dass eine Schwester nach dem Rechten sieht, wird dies schnell als Abgestumpftheit des medizinischen Personals gewertet.

Die Mutter ist die Akteurin, die dem frühgeborenen Kind emotional am Nahesten steht, diese Nähe jedoch nicht ausleben kann. Im Gegenteil auf sie und ihren Partner stürzt eine Vielzahl von Eindrücken, Handlungsanweisungen, Regeln und Gerätschaften ein.

Die Mutter pflegt meist eine enge Bindung zu Krankenschwestern und Oberschwester wie in Abbildung 4 dick schwarz dargestellt. Sie muss diesen Personen ihr Kind anvertrauen und versucht deshalb bestmöglichen Umgang mit den Schwestern zu pflegen. Nichts desto trotz ist die Mutter extrem feinfühlig für jegliche

¹⁹ Frühgeborene können meist nicht schreien, wie termingerecht geborene Kinder. In der Regel sind die Stimmbänder noch nicht ausgereift und den Lungen fehlt die Kraft um genügend Druck aufzubauen. Man kann also das Schreien nur visuell wahrnehmen.

zwischenmenschliche Konflikte und emotionale Stimmungen. So kann es schnell vorkommen, dass sie Misstrauensgefühle gegen die Krankenschwestern hegt, wenn sie ihre eigene Mutterrolle, die sie ohnehin nur teilweise wahrnehmen kann, gefährdet sieht. „Heute hat es mich wieder sehr frustriert, dass ich gegen gewisse Klinik-(Schwestern)-Regeln nichts zu sagen habe. [...] Außerdem frustriert mich dass ich irgendwie nur halb Mutter bin- immer erst fragen, warten, warten, fragen, ob man etwas am eigenen (!!!) Kind machen darf.“ (Tagebucheintrag einer Mutter eines frühgeborenen Kindes)“ (Jotzo, 2005; S. 64). An dieser Stelle des Systems gibt es starke Wechselwirkungen zwischen Mutter und Pflegepersonal. Beide Akteure haben eine große Nähe zum Kind und meist handelt es sich in dieser Konstellation um zwei Frauen. Die Schwestern haben sehr genaue Vorstellungen davon, wie sich die Eltern ihrem Kind gegenüber verhalten sollten. Weicht nun die Mutter oder der Vater, auf Grund der Überlastungssituation oder Ähnlichem von dieser Erwartungshaltung ab, führt dies schnell zu unterschwelligem Konflikten, da die Schwestern sich zum Teil in der Beschützerrolle für die Kinder sehen.

Zum Sozialarbeiter herrscht dagegen in der Regel eine einfache bis harmonische Beziehung. Er wird von den Eltern gern als Unterstützer angenommen und sie bringen ihm je nachdem wie der Erstkontakt verläuft relativ schnell Vertrauen entgegen, da sie seine Allparteilichkeit, die Grundvoraussetzung für diese Arbeit ist, spüren.

Der Vater hat in der Regel eine gute Beziehung zum gesamten Pflegepersonal. Dies ist meiner Meinung nach unter anderem darin begründet, dass die Männer in einer solchen Ausnahmesituation, wie sie die Frühgeburt darstellt, nach außen hin rationaler reagieren. Sie lassen ihren Emotionen nur selten in der Öffentlichkeit Raum. Nicht selten führt aber genau dieses Bewältigungsmuster zu Problemen innerhalb der Partnerschaft.

Die Gefühle des Vaters im Bezug auf die Frühgeburt sollten jedoch nicht unterschätzt werden. Während meiner Arbeit auf Station kam es sogar einmal vor, dass der Vater sich weigerte sein Kind alleine zu besuchen. Er konnte dies aber nur gegenüber seiner Frau artikulieren, die dafür kein Verständnis zeigen konnte, da es ihr selbst durch ihren gesundheitlichen Zustand nicht vergönnt war ihr Kind zu besuchen. Im Laufe der Betreuung wurde das Verhalten des Vaters von vielen Akteuren scharf kritisiert und letztendlich als eine Art Machoverhalten abgestempelt. In einem Gespräch kurz vor

Entlassung des Kindes auf die Säuglingsstation stellte sich heraus, dass der Vater sein Kind nicht alleine besuchen konnte, da er große Ängste hatte, man würde ihm schlechte Nachrichten zum Gesundheitszustand oder gar den Tod des Kindes mitteilen. Aus Angst dieser Situation nicht gewachsen zu sein, entschied er sich das Kind nicht zu sehen.

Die Eltern befinden sich in einer Situation, in der sie nicht Vermögen allen an sie gerichteten Erwartungen, ob nun von der Station oder vom Umfeld zu Hause, zu erfüllen. Ihre von Natur her oberste Aufgabe bestünde eigentlich darin sich als Familie, als Triade, zu finden. Diese Findung wird durch viele Faktoren erschwert. Sie findet vor ihrer Zeit statt, ein Teil der Vorbereitungszeit ist einfach verschwunden. Sie findet unter untypischen Bedingungen, wie dem Umfeld der neonat. ITS statt : mit Inkubatoren, vielen fremden Menschen und unter elementaren Existenzängsten. Und sie ist zeitlich begrenzt und kann nur stattfinden, wenn alle Familienangehörigen (Mutter, Vater, Kind) zusammen sind, dies geschieht maximal 3,5 h am Tag während der Besuchszeit.

Als wäre diese erschwerte Findungsphase nicht genug zum Bewältigen, wird das neu gefundene Subsystem Familie quasi zeitgleich in das System der neonat. ITS eingegliedert und muss sich nach dessen Richtlinien und Regelungen richten. Dies erfolgt ohne Vorwarnung und ohne wirkliche Integration. Nun stellt sich die Frage, ist es überhaupt gewollt ein Subsystem Familie in ein System neonat. ITS zu integrieren? Hier ist zu vermuten, dass dies eher nicht der Fall ist. Da eine wirkliche Integration der Familie die professionelle Arbeit auf Grund von emotionalen Bindungen erheblich erschweren würde. Zudem handelt es sich in der Praxis nicht um eine, sondern bis zu neun Familien. Eine Integration ist hier nicht möglich.

Möglich wäre aber eine gezielte Anerkennung und Wertschätzung des Subsystems Familie durch die Akteure der neonat. ITS. Bisher habe ich die Erfahrung gemacht, steht der Patient, also das Kind, im Fokus. Die enge Bindung des Kindes zu den Eltern und deren Auswirkungen auf den Genesungsprozess wird immer noch zu wenig beachtet. Der ganzheitliche Blick ist ausbaufähig. Hier sehe ich eine weitere Ressource für den zukünftigen Umgang mit den Eltern auf der Intensivstation.

2.2.5 Sozialarbeiter

Der Sozialarbeiter ist der letzte Akteur auf den ich an dieser Stelle ausführlich eingehen möchte. Er ist dadurch gekennzeichnet, dass er in der Regel nicht stationsgebunden, sondern themengebunden arbeitet. Das heißt der Sozialarbeiter, der für die neonat. ITS verantwortlich ist, ist in der Regel auch für die Geburtenstation, den Kreissaal und die Säuglingsstation verantwortlich. All diese Stationen durchlaufen Eltern mit ihren frühgeborenen Kindern während der Betreuung im Krankenhaus. Damit ergibt sich für den Sozialarbeiter ein großer Vorteil in der Beziehung zu den Eltern. Er ist der einzige Akteur, der die Familie von vor der Geburt bis zur Entlassung über den gesamten Zeitraum hinweg begleiten kann.

Diese Position erlaubt es ihm weiterhin auch als Vermittler zwischen den Akteuren tätig werden zu können. Aus Abb. 4 geht hervor, dass er mit allen Akteuren mehr oder weniger stark in Kontakt ist. Durch seine emotionale Distanz zum Kind kann er eine ganzheitliche Sicht bewahren, die wichtig im Umgang mit innersystemischen Konflikten ist.

Dabei ist jedoch ausschlaggebend, dass der Sozialarbeiter stets allen Akteuren respektvoll und wertschätzend gegenüber tritt. Er sollte sich nicht dazu verleiten lassen Partei für einen Akteur zu ergreifen noch sich gegen einen Anderen stellen. In erster Linie sollte er, in seiner Funktion den Eltern als Ansprechpartner dienen. Manchmal reicht es sogar aus nur zuzuhören. Er vermag es das Weiteren Gespräche mit den Angehörigen zu führen, für die den Krankenschwestern, als weitere Ansprechpartner der Eltern, im Stationsalltag keine zeitlichen Ressourcen bleiben. Dies formulierten die Krankenschwestern stets auch als Erwartungshaltung an den Sozialarbeiter. Zusätzlich ist der Sozialarbeiter nicht komplett in den straff organisierten Zeitplan der Station involviert und kann somit die Eltern zum Gespräch in ein anderes Setting führen, damit sie losgelöst von den Erwartungshaltungen der neonat. ITS frei ihre Bedürfnisse mitteilen können.

Gelingt es ihm zu einem vertrauenswürdigen Ansprechpartner der Eltern zu werden, könnte er maßgeblich zur Verbesserung bei eventuell konflikthaften Situationen auf der Intensivstation beitragen, indem er auch als Ansprechpartner der Ärzte und Krankenschwestern fungiert und deren eventuelle Bedenken den Eltern weitervermittelt.

Alle Interventionen des Sozialarbeiters sollten selbstverständlich auf der freiwilligen Bereitschaft der Eltern und auf einem konkret von den Eltern vorgegebenen Handlungsauftrag beruhen. „In der Klinischen Sozialarbeit mit Familien geht es nicht um das anspruchsvolle Ziel Familien zu verändern. Ziel ist vielmehr, die sozialen Fähigkeiten aller Beteiligten soweit zu fördern, dass sie den Alltagsansprüchen [und den Ansprüchen im Krankenhaus (Anm. S.A.R.A.)] gewachsen sind, ohne krank zu werden oder weitere Verschlechterung zu erleiden“ (Geißler-Piltz; Mühlum; Pauls, 2005, S. 65).

Zusätzlich könnte der Sozialarbeiter Angebote schaffen, die zur Entlastung der Eltern beitragen. Auf diese möchte ich nun im nächsten Gliederungspunkt eingehen.

3 Bedarf der Eltern von Frühgeborenen und Handlungsperspektiven

Aus den Betrachtungen geht deutlich hervor, dass sich die Eltern in einer schwierigen Ausnahmesituation befinden, die gleichzeitig mit vielen Anforderungen an sie bestellt ist. Trotz ihres emotionalen Zustands kann man deutlich erkennen, dass die Eltern handeln wollen. Sie möchten aktiv am Betreuungsprozess ihres Kindes teilhaben und mit ihren Ängsten, Nöten und Bedürfnissen ernstgenommen und respektiert werden. Hierbei geht es weniger um ein intensives Betreuen der Eltern in Form einer Krisenintervention, sondern vielmehr darum ihnen wertschätzend entgegen zu treten und zu respektieren, dass sie ihr natürliches Recht auf das Ausüben der Mutter- bzw. Vaterrolle einfordern möchten und sich dabei in einem Dilemma mit der Situation Frühgeburt befinden. Sie möchten auch in der öffentlichen Atmosphäre des Krankenhauses ein Stück Privatsphäre wahren und ausleben können.

Für die Eltern könnte es hilfreich sein einen vertrauenswürdigen sowie verständnisvollen Ansprechpartner zu haben, der ihnen hilft das Geschehene für sich einzuordnen und einen Weg des Umgangs mit der Situation zu finden. Kurzum könnte man sagen: Die Eltern möchten gehört und in ihrer Rolle anerkannt werden.

Es gibt viele Wege und ungenutzte Ressourcen um diesem Bedarf entgegen zu kommen. Einige davon setzen direkt bei den Beziehungen zwischen Eltern und anderen

Akteuren der neonat. ITS an, andere entfalten ihre Wirkung indem sie kleine Änderungen im System vornehmen.

Ein Beispiel für Letzteres wäre die Gestaltung eines kleinen Raumes innerhalb der neonat. ITS, in dem Angehörigengespräche stattfinden können. Bereits Elisabeth Kübler- Ross fand bei ihren Studien in Krankenhäusern heraus, wie enorm wichtig ein abgeschirmter Raum für solche Gespräche ist. Ohne einen solchen Raum sind die Ärzte der Station gezwungen den Eltern jede Nachricht über ihr Kind in einem Raum vor mind. drei weiteren Inkubatoren und damit auch Familien mitzuteilen, selbst wenn es sich um die Todesnachricht handelt. Es sollte nicht vergessen werden das trotz medizinischem Fortschritt der Tod und das Leben auf einer neonat. ITS sehr nah bei einander liegen. Und eben dies spüren die Eltern instinktiv und werden durch dieses Gefühl stetig verunsichert und fühlen sich der Situation gegenüber machtlos. Es ist also wichtig einen Raum zu schaffen, indem die Eltern in privater Atmosphäre die Neuigkeiten aufnehmen können und indem sie eventuell noch eine kurze Zeit als Paar verweilen können um die Neuigkeiten zunächst anzunehmen, bevor sie ihr Kind besuchen. So könnte verhindert werden, dass die Eltern vor den anderen Anwesenden, einschließlich ihrem Kind, die Fassung wahren müssen und sich damit zutiefst selbst belasten.

Diesbezüglich ist es auch notwendig unbedingt eine strikte Trennung der Mütter von Frühgeborenen von den Müttern mit termingerecht geborenen Säuglingen auf der Geburtenstation vorzunehmen. Es ist eine Zumutung die Mütter und auch Väter von Frühgeborenen in eine solche Situation zu bringen, in der sie mit all dem konfrontiert werden, was ihnen durch die Frühgeburt genommen wurde.

Ein wünschenswerter Aspekt im Umgang mit den Eltern wäre ein gezieltes Gesprächsführungstraining des Personals, um gerade heikle Neuigkeiten, den Eltern schonend und rücksichtsvoll zu kommunizieren. In der medizinischen Ausbildung nimmt dies bisher einen zu geringen Stellenwert ein, sodass es von großer Bedeutung ist hier Fortbildungen zu organisieren und Angebote zu schaffen. Würde dieser Schritt getan, wäre es auch ein Schritt zur Förderung des „Aktiven Patienten“. Beiden Parteien sowohl Ärzten als auch Angehörigen, als Vertreter des Patienten wäre geholfen, denn nach Badura; Feuerstein; Schott (1993) liegt die Belastung der Ärzte durch mangelnde Unterstützung durch Angehörige bei einer Skala von 0-5 bei immerhin 3,0 (Vgl.

Badura; Feuerstein; Schott, 1997, S. 126) wie bei einer Befragung herausgefunden wurde. Ursachen für diese mangelnde Unterstützung wurden nicht benannt. Eine davon könnte in der ausbaufähigen Kommunikation zwischen Ärzten und Eltern/Angehörigen liegen.

Eine weitere ungenutzte Ressource sehe ich in der Reflexion des eigenen Handelns des Personals. Es gibt im Stationsalltag keine Zeit und wahrscheinlich auch keinen Anreiz, das eigene Handeln zu reflektieren und zu hinterfragen. Zudem fehlt der Blick für mögliche Reflexionspartner. In meiner Analyse fiel mir die besondere Situation der Schwesternschüler und FSJ´ler auf, die eine Art Beobachterposten inne haben. Man könnte ihre Beobachtungen auf Station in Teamgesprächen einfließen lassen und so wieder seinen Blick erweitern. Da die Schüler und FSJ´ler meist noch nicht so lange auf Station arbeiten, haben sie einen besonderen Blick für die positiven und weniger positiven Dinge, die im Stationsalltag ablaufen. Sie sind sozusagen noch nicht „betriebsblind“.

Dies sollte allerdings nicht alleine als Reflexionsmöglichkeit genutzt werden. Sehr wünschenswert wären regelmäßige Supervisionen, in denen gerade auch die Krankenschwestern die Möglichkeit haben ihre Bedürfnisse und Gefühle zu artikulieren. Denn es ist keine einfache Arbeit, die sie täglich leisten. Diese Arbeit über Jahre hinweg auszuüben ohne die Möglichkeit einer Reflexion zu bekommen, bedeutet auch einen sehr geringen Schutz für die eigene Persönlichkeit zu haben. Letztendlich ist es nur menschlich, wenn sie mit einem Kind „mitfiebern“. Zum Wohle ihrer eigenen psychischen Gesundheit ist deshalb dringend dazu zu raten, Reflexionsmöglichkeiten in den Arbeitsalltag zu integrieren.

Auch ist es von großem Vorteil, wenn bei Teambesprechungen alle personell vertretenen Akteure der ITS, die beim Krankenhaus X angestellt sind, anwesend wären. Dies schließt auch den Sozialarbeiter ein. Man könnte so einen ganzheitlicheren Blick auf den jeweilig zu besprechenden Fall gewinnen und mit dem Plus an der Information effizienter arbeiten.

In der Problematik mit den Krankenkassen wiederum wäre es denkbar, gewisse Regelungen mit den lokalen Vertretern zu vereinbaren. Dies könnte Aufgabe des Sozialarbeiters sein. Durch gezielte Aufklärungsarbeit bei den Sachbearbeitern der

Krankenkassen lässt sich meiner Erfahrung nach einiges bewegen. So könnte beispielsweise die Übernahme der Fahrtkosten der Eltern zur Klinik und zurück, die bisher allein Ermessensentscheidung der Sachbearbeiter war, durch die gezielte Aushandlung von Bedingungen zu einer klareren Regelung führen. Ein Beispiel für diese Bedingungen könnte das Erstellen eines Abrechnungsvordruckes sein, bei dem die Ärzte der Station, die Anwesenheit der Eltern gegenzeichnen.

Im Umgang mit den Eltern erscheint es mir am wichtigsten die Schlagworte Respekt, Wertschätzung und ganzheitlicher Blick anzubringen. Allein der positive Umgang mit Angehörigen auf der Station führt bei den Eltern in der Regel zu einer Verbesserung des Befindens.

Stationsregeln und –abläufe sollten für die Eltern so transparent wie möglich gestaltet werden. Das Team sollte sich stets um eine gelungene Kommunikation mit den Eltern bemühen und sich die Zeit nehmen die Umstände und Bedürfnisse der einzelnen Familie zu erfahren und zu berücksichtigen. Wünschenswert wäre die Einstellung des neonat. Teams sich als Gastgeber der Familie zu betrachte (Vgl. Jotzo, 2005, S.68).

Des Weiteren sollten den Eltern gezielt Gesprächsangebote gemacht werden, da sie meist nicht von selbst den Mut und die Kraft haben auf die jeweiligen Stellen zuzugehen. Hierbei ist es auch wichtig, dass der Sozialarbeiter ein gutes Netzwerk an weiterführenden Hilfen aufbaut, um den Eltern die Unterstützung nach Entlassung aus dem Krankenhaus zu erleichtern. Bei besonders schweren Fällen ist es auch ratsam einen guten Kontakt zu einem Psychotherapeuten aufzubauen, der die Eltern auch kurzfristig, ohne lange Wartezeiten, zu begleiten vermag. Hier ist eine Kooperation denkbar. Der Therapeut profitiert von der Weiterempfehlung durch das Krankenhaus und ermöglicht im Gegenzug eine schnelle Behandlung der Angehörigen. Wichtig ist dabei jedoch, dass es sich um einen Professionellen handelt, der Erfahrung mit der Thematik Frühgeburt besitzt.

Weiterhin wäre es von großer Bedeutung die Stellung der Väter im Betreuungsprozess stärker zu beachten und auch ihnen gezielte, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Angebote zukommen zu lassen.

Denkbar wären beispielsweise, das gezielte organisieren von Vätergruppen. Meist entwickeln solche Gruppen mit der Zeit sogar eine gewisse Eigendynamik, die bewirkt

das ein Erfahrungsaustausch zwischen Vätern deren Kinder bereits entlassen wurden und Vätern, deren Kinder derzeit noch auf Station sind, stattfindet.

Natürlich sollte ein solches Angebot nicht nur für Väter initiiert werden, sondern auch für Mütter bzw. für Paare.

Wichtig ist dabei nur, dass auch der Geschlechterunterschied und der damit einhergehende Unterschied im Umgang mit der Situation Berücksichtigung findet, denn es können im Laufe der Betreuung auch Probleme in der Paarbeziehung auftreten. Meist ist dann die Scheu groß sich vor dem Partner frei darüber zu äußern.

Abschließend möchte ich noch einmal auf den ganzheitlichen Blick des Systems eingehen. Ein frühgeborenes Kind sollte niemals losgelöst von seinen Eltern betrachtet werden. Die Verfassung der Eltern, also deren Wohlbefinden, nimmt erheblichen Einfluss auf die Genesung des Kindes. Eltern die sich gut aufgehoben und begleitet fühlen, haben mehr Kraft für ihre Kinder da zu sein und die Herausforderung der Frühgeburt gemeinsam zu meistern. Es sollte im Stationsalltag nicht vergessen werden, dass auch die Eltern Experten für ihre Kinder sind.

4 Abschließende Bewertung des Betreuungsprozesses

Zum Ende meiner Arbeit möchte ich eine abschließende Bewertung des Betreuungsprozesses bei Frühgeborenen auf der neonat. ITS geben. Hierbei werde ich mich auf die Erkenntnisse dieser Arbeit sowie auf meine eigenen Arbeitserfahrungen beziehen, die mir als Grundlage dienen.

Es ist sehr positiv zu erwähnen, dass Frühgeburt heutzutage nicht mehr automatisch ein Todesurteil für den Säugling darstellt. Bis vor wenigen Jahrzehnten wäre dies der Fall gewesen. Der medizinische Fortschritt entwickelt sich so rasant weiter, dass heute auch ein Frühgeborenes ab der 23. SSW eine Chance hat gesund zu reifen und ohne Folgeschäden sein Leben zu meistern. Und auch im Umgang mit der psychischen Belastung der Eltern sind Fortschritte zu verzeichnen. Der Trend geht immer stärker in Richtung eines ganzheitlichen Blicks auf das System sowie der Anerkennung der Eltern als Experten für ihr Kind. Zudem gibt es bereits Vorreiter-Kliniken bei denen es möglich ist das Kind auf der neonat. ITS jederzeit, d.h. 24 Stunden am Tag sehen zu können. Damit wird den Eltern der Zugang zum Kind enorm erleichtert.

Weiterhin fällt positiv auf, das sich große Organisationen und Dachverbände gebildet haben, die Aufklärungsarbeit leisten, Material und Leitlinien im Umgang mit Patient und Eltern entwickeln, welche für jede Person frei zugänglich sind.

Es gibt heute bereits eine Vielzahl positiver Ansätze zu verzeichnen. Erwähnenswert ist unter anderem das bereits etablierte Kangarooing, bei dem die Eltern das Frühgeborene auf die nackte Haut legen und somit den Körperkontakt zwischen ihnen und dem Kind herstellen und vertiefen, was für beide Parteien sehr heilsam ist und den Genesungsprozess enorm positiv beeinflusst werden zunehmend in den Stationsalltag eingebettet. Diese Methode wurde auch im Krankenhaus X so oft es ging angewandt. Allerdings stellte sich mir bei der Beobachtung dieser Therapieform auch die Frage: Was ist hier eigentlich die Neuheit/die Therapie? Denn letztendlich handelt es sich beim Kangarooing um eine Verhaltensweise, die jede Mutter aus ihrem natürlichen Instinkt heraus durchführen würde. Erst das unterbinden der natürlichen Verhaltensweise der Eltern, macht das Kangarooing für die Eltern zu etwas besonderem, andernfalls würde es als selbstverständlich angesehen, das Kind am Körper zu halten um ihm Wärme und Schutz zu bieten.

Es gibt weiterhin auch Ressourcen, die bisher ungenutzt bleiben und ausgebaut werden können, wie beispielsweise das Öffnen der neonat. ITS für Eltern zu jeder Zeit und damit einhergehend der Respekt und die Anerkennung der Eltern als Experten für ihr Kind. Es sollte zunehmend fokussiert werden, dass es das natürliche Recht der Eltern ist bei ihrem Kind sein zu dürfen. Mit dem Öffnen der Station könnte man die psychische Belastung, die durch die Trennung entsteht entscheidend verringern. Auch Elternbetten, besonders für Eltern, die weit entfernt vom Krankenhaus leben, wären denkbar.

Zu kritisieren ist hier jedoch die Sparpolitik im Gesundheitswesen, die verursacht, dass die Qualität der medizinischen und sozialen Betreuung zugunsten geringerer Kosten leidet. Auch wird durch eine solche Kostenpolitik die Belastung des medizinischen Personals verstärkt, was zur Folge hat, dass das Personal teilweise zu sehr in Wirtschaftlichkeitsaspekte verstrickt wird und dabei die Menschlichkeit, die auch zum Rollenverständnis eines Arztes/einer Krankenschwester gehören sollte, zu kurz kommt. Eine solche Spar- Einstellung fördert auf die Dauer nicht Gesundheit sondern

Krankheit. Und zwar nicht nur beim Patienten und dessen Angehörigen, sondern auch beim Personal, welches einer solchen Belastung nur bedingt standhalten kann.

Grundlegend sollte es zum Standard einer neonat. ITS gehören, dass das Team durch einen Supervisor in regelmäßigen Abständen betreut wird, da die Nähe des Personals zum Patienten, dem frühgeborenen Kind, sehr groß ist und deshalb einige Arbeitsrisiken, wie zum Beispiel die Identifikation mit dem Leid des Kindes, beinhaltet. Regelmäßige Supervisionen können zudem strukturellen Konflikten auf der neonat. ITS entgegenwirken indem diese aufgedeckt und thematisiert werden.

Ein weiterer Standard sollte sein, dass jede neonat. ITS von mind. einem Sozialarbeiter betreut wird. Die Eltern haben sodann einen Ansprechpartner an den sie sich mit nichtmedizinischen Fragen und Bedürfnissen wenden können, der sie sozialrechtlich unterstützt und über den langen Betreuungsprozess im Krankenhaus begleitet. Dieser sollte es sich zur Aufgabe machen, die Eltern in erster Linie zu entlasten, ihre Bedürfnisse ernst zu nehmen und ihnen entgegenzukommen, sofern dies möglich ist. Er kann Vermittler zwischen den Parteien sein und so den Betreuungsprozess erheblich begünstigen. Dies wiederum steigert positiv das Befinden der Eltern. Geht es den Eltern gut, so haben sie mehr Kraft um für ihr Kind da zu sein. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass die Genesung von Frühgeborenen unter anderem vom Wohlbefinden der Eltern und deren Zuneigung zum Kind positiv beeinflusst wird, sodass es das Ziel einer jeden neonat. ITS sein sollte, die Eltern und deren Wohlbefinden zu stärken.

Während meiner Praktikumszeit habe ich auf der neonat. ITS 43 Fälle betreut mit unterschiedlicher Intensität. Meine Begleitung wurde stets gern von den Eltern angenommen, besonders dann wenn kein ausreichendes soziales/familiäres Netzwerk außerhalb der Klinik die Familien entlasten konnte.

Im Laufe der Zeit erhielt ich zahlreiche positive Rückmeldungen von Müttern und Vätern die die Gespräche, während der Zeit im Krankenhaus bzw. auf der neonat. ITS, als sehr entlastend empfunden hatten. Diese Rückmeldungen erhielt ich meist erst kurz vor der Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus, das heißt als die Zeit auf der neonat. ITS bereits einige Wochen zurück lag. Diese Zeitverschiebung begründet sich dadurch, dass die Eltern einige Zeit brauchten um zu begreifen in was für einer Ausnahmesituation sie sich befunden hatten. Den meisten Eltern wird sogar erst zu

Hause, lange nach der Entlassung bewusst, was sie im Krankenhaus durchgestanden haben. Einige erleiden zu Hause einen Zusammenbruch, da sie im privaten Umfeld nicht mehr gezwungen sind ihre Gefühle zu verstecken bzw. zugunsten Anderer auszuhalten. Aus diesem Grund plädiere ich für eine Betreuungsform, die über die Grenzen des Krankenhauses hinaus geht und bei Bedarf von den Eltern in Anspruch genommen werden kann. Denkbar wären hier Kooperationen mit anderen Trägern oder Elterninitiativen, die mindestens einen Sozialarbeiter beschäftigen.

Auch die Krankenschwestern und Ärzte reflektierten mir, dass es für sie eine Stütze wäre zu wissen, dass die Eltern einen Ansprechpartner haben, der nicht zum medizinischen Personal gehöre, da sie sich teilweise darüber bewusst waren, dass die Eltern vor dem Personal ungern über negative Gefühle oder eigene Probleme redeten. Zudem konnten einige Missverständnisse zwischen Personal und Eltern durch meine Rolle als Vermittler behoben bzw. gelindert werden.

Abschließend bin ich der Meinung, dass es wichtig ist einen solchen Betreuungsprozess, wie den der Frühgeborenen auf der neonat. ITS immer wieder neu zu reflektieren und zu hinterfragen. Es reicht nicht aus sich mit dem einem „Betreuungsablauf funktioniert“ zufrieden zugeben. Der Anspruch sollte ein „Betreuungsablauf funktioniert bestmöglich“ sein. Dies bedeutet für mich, dass alle Beteiligten respektvoll und wertschätzend behandelt, Ängste und Sorgen der Eltern ernst genommen, Hemmschwellen abgebaut werden und eine positive Kommunikation, wenn nötig in einem geschützten Raum, zwischen allen Akteuren stattfinden kann. Denn schließlich haben es alle Akteure auf der neonatologischen Intensivstation mit einem kleinen Menschen zu tun, der im Moment seiner Geburt, die für ihn LEBEN bedeuten sollte, mit dem TOD konfrontiert wird.

Ihm und seinen Eltern gilt es in dieser schweren Phase nicht nur medizinisch, sondern auch psychosozial einwandfrei beizustehen um der Familie, trotz der Frühgeburt, einen bestmöglich Start in das gemeinsame Leben zu gewährleisten.

Literaturverzeichnis

- **Badura; Feuerstein; Schott (Hrsg.)(1993):** System Krankenhaus, Arbeit Technik und Patientenorientierung; Weinheim und München: Juventa Verlag
- **Bindt, Carola (2007):** Seelische Krisen nach einer Frühgeburt; S. 38- 40; *erschienen in:* Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V.(Hrsg)(2007): Frühgeborene und ihre Eltern in der Klinik; Augsburg; SENSER DRUCK GmbH
- **Gawehn, Nina (2009):** Die Entwicklung ehemaliger frühgeborener Kinder: Aufmerksamkeitsleistungen ehemaliger Frühgeborener im Schul- und Vorschulalter; Hamburg: Verlag Dr. Kovač
- **Gebker, Stefanie (2010):** Belastungsfolgen nach Frühgeburt: Die patho- und salutogene Wirkung des Scham- und Schulterlebens und der persönlichen Resilienz auf das mütterliche Wohlbefinden; Dissertation; Fachbereich Humanwissenschaften Universität Osnabrück; Osnabrück
- **Geißler-Piltz; Mühlum; Pauls (2005):** Klinische Sozialarbeit; München: Ernst-Reinhardt Verlag
- **Haselmann, Sigrid (2009):** Systemische Beratung und der systemische Ansatz in der Sozialen Arbeit; erschienen in *Michel-Schwartz, Brigitta (Hrsg.) (2009):* Methodenbuch Soziale Arbeit, Basiswissen für die Praxis; 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage; S.155-206; Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- **Jotzo, Martina (2005):** Eltern in der Neonatologie: Das Trauma Intensivbehandlung *erschienen in* Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (2005): Neue Wege gehen- Dokumentation einer interdisziplinären Fachtagung zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie; S.58-67; Augsburg; SENSER DRUCK GmbH
- **Pfaff, Holger (1997):** Das lernende Krankenhaus; *erschienen in* Z. f. Gesundheitswiss., 5.Jg. 1997, H.4, S. 323- 342
- **Ritscher, Wolf (2005):** Systemische Modelle für die Soziale Arbeit: Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis; 2. Auflage; Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
- **Vom Lehn, Birgitta (18.05.2005):** Immer mehr Frühen in Deutschland; http://www.welt.de/print-welt/article688839/Immer_mehr_Fruehchen_in_Deutschland.html verfügbar am 19.12.2010

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Roßwein, 25. Januar 2011

Sarah Anna Rodriguez Abello